

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ANALYSE DES PRATIQUES DANS LE SERVICE « FAMILLE, ENFANCE,
JEUNESSE » EN CSSS AUPRÈS DES PARENTS D'ENFANTS D'ÂGE
PRÉSCOLAIRE

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ÉDUCATION

PAR
LAUREN BARTHE

AVRIL 2010

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens à remercier vivement mon directeur de recherche, monsieur Gérald Boutin, qui s'est montré très disponible, attentif, et encourageant tout au long de mon cheminement, ce qui m'a beaucoup aidée à mener ce mémoire à terme.

De plus, je n'aurais pas pu mener cette recherche sans l'aide des cinq répondants des Centres de Santé et de Services sociaux. Je les remercie sincèrement de s'être montrés si disponibles et transparents lors de nos rencontres.

Enfin, j'aimerais remercier ma famille, particulièrement mon grand-père, pour son soutien et son intérêt tout au long de la rédaction de ce mémoire. Je souhaite également remercier mon conjoint pour sa patience et ses encouragements qui n'ont jamais cessé, et qui m'ont été d'une aide considérable.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
RÉSUMÉ	vii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I.....	6
PROBLÉMATIQUE.....	6
1.1 Contexte	6
1.1.1 Des mutations dans les fonctions familiales	7
1.1.2 L'intérêt croissant pour l'enfance	8
1.2 Enjeux actuels pour les familles.....	8
1.3 Objectif de recherche.....	9
1.4 Question de recherche.....	10
CHAPITRE II	11
CADRE CONCEPTUEL	11
2.1 Historique.....	11
2.2 Définition des concepts.....	13
2.2.1 Partenariat	13
2.2.2 Coopération-collaboration	14
2.2.3 Éducation familiale	14
2.2.4 Parentalité	15
2.2.5 Formation parentale	16
2.2.6 Compétence parentale	18
2.2.7 Intervention précoce	19
2.2.8 Tendance actuelle : appropriation (empowerment)	20
2.2.9 Perception des praticiens	21
2.2.10 L'analyse des pratiques	21

2.3 Pertinence sociale de la recherche.....	22
CHAPITRE III.....	24
MÉTHODOLOGIE.....	24
3.1 Type de recherche.....	24
3.2 Instruments utilisés.....	24
3.2.1 L'entretien individuel.....	24
3.2.2 Construction du questionnaire.....	27
3.2.3 L'analyse de contenu.....	28
3.3 Description des sujets et circonstances de la réalisation	28
3.4 Objectivation des données	28
CHAPITRE IV.....	29
ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	29
4.1 Portrait général des cinq CSSS interrogés	29
4.2 Analyse des entretiens	30
4.2.1 CSSS 1.....	31
4.2.2 CSSS 2.....	37
4.2.3 CSSS 3.....	46
4.2.4 CSSS 4.....	54
4.2.5 CSSS 5.....	63
4.3 Synthèse et analyse des résultats.....	68
4.3.1 Inscription institutionnelle.....	68
4.3.2 Choix stratégiques et procédures.....	78
CHAPITRE V.....	83
DISCUSSION.....	83
5.1 Perception des praticiens	83
5.1.1 Notions théoriques de l'intervention.....	83
5.1.2 Sensibilité aux limites des praticiens dans leurs interventions.....	85
5.2 Rappel des constats sur le contenu des interventions.....	85
5.3 Quelles perspectives se dégagent?	86

CONCLUSION	88
RÉFÉRENCES	90
APPENDICE A.....	93
Grille pour l'entretien	93
APPENDICE B	94
Questionnaire pour l'entretien individuel.....	94

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
i. Organigramme du système de santé et de services sociaux au Québec	3
3.1 Typologie des interventions au sein de la famille élaborée par Boutin et Durning (2008)	28
3.2 Grille en support à la réalisation du questionnaire pour les entretiens	29
4.1 Grille en support à la réalisation du questionnaire pour les entretiens	34
4.2 Tableau récapitulatif des données recueillies pour les cinq CSSS concernant l'inscription institutionnelle	76
4.3 Tableau récapitulatif des données recueillies pour les cinq CSSS concernant les choix stratégiques et les procédures	80

RÉSUMÉ

L'intervention auprès des familles occupe aujourd'hui une place de plus en plus importante au cœur de l'actualité. Parmi les nombreux dispositifs d'éducation parentale, celui qui est désigné sous l'appellation de « Famille, Enfance, Jeunesse » (FEJ), et inscrit dans le cadre des Centres de Santé et de Services sociaux (CSSS) a retenu notre attention. Par le biais du présent mémoire, nous avons tenté de mieux saisir le travail effectué dans les CSSS auprès des parents et de leurs enfants par les professionnels concernés.

Dans cette optique, nous avons énoncé la question de recherche suivante : « Quelles sont les pratiques réalisées auprès des parents d'enfants de 0 à 5 ans dans le contexte des CSSS, dans le service « Famille, Enfance, Jeunesse » ? Il nous est apparu indispensable tout d'abord de préciser le contexte dans lequel se situait notre sujet. Dans un deuxième temps, nous avons exposé les mutations touchant les fonctions familiales tout en soulignant l'intérêt croissant de la société pour l'enfance et l'éducation en général. Enfin, après avoir exposé les différents enjeux qui confrontent les familles à l'heure actuelle, nous nous sommes penchée sur l'analyse des pratiques en intervention familiale telles qu'elles se déploient dans le cadre des CSSS en prenant en considération la notion d'appropriation (empowerment).

Pour mener à bien notre recherche, nous avons procédé à des entretiens individuels semi-directifs dans le cadre d'une méthodologie à caractère qualitatif. Nous avons interrogé les responsables du service FEJ de cinq CSSS à partir d'un questionnaire inspiré de la typologie sur les interventions auprès de la famille de Boutin et Durning (2008). Les données principales recueillies dans le cadre de cette recherche nous ont permis de mieux cerner la perception que les praticiens ont non seulement de leurs pratiques auprès des parents, mais aussi des possibilités et des limites de ces dernières.

Mots-clés : éducation familiale, analyse des pratiques, appropriation (empowerment), recherche qualitative, entretiens individuels semi-directifs, analyse de contenu, familles.

INTRODUCTION

Dans le cadre de notre maîtrise en sciences de l'éducation, reconnaissant l'impact de la famille sur le bon déroulement de la scolarité des enfants entre autres, nous avons choisi de nous pencher sur les services offerts aux familles ayant des enfants d'âge préscolaire, plus précisément sur les pratiques des professionnels dans le domaine. Il nous a fallu bien évidemment faire un choix parmi les nombreux programmes offerts aux parents. En effet, cette recherche veut éclairer, préciser, et permettre de mieux comprendre le déroulement d'un service offert aux familles. Notre recherche est qualitative, dans la mesure où l'analyse des pratiques se fonde sur le discours des répondants. En effet, comme le définit Boutin (2006), « la visée en recherche qualitative consiste à cerner et à définir les catégories au cours du processus de recherche. » (p. 10) L'approche qualitative nous semblait donc être à privilégier, au vu de notre sujet de recherche.

Nous avons donc choisi de nous concentrer sur le service offert par les Centres de Santé et de Services sociaux¹. Compte tenu de la nature de notre recherche, nous nous limiterons à un nombre restreint de CSSS qui offrent des services destinés aux familles. Les interventions qui nous intéressent sont proposées dans le cadre du service « Famille, Enfance, Jeunesse »². Ce choix découle du fait que les CSSS sont un service public, gouvernemental, et ils sont un des services les plus répandus et accessibles aux parents. Nous en verrons la place et le rôle plus loin dans l'introduction.

Les changements actuels nous conduisent à des transformations familiales, telles que la désinstitutionnalisation de la famille et la transmission des générations qui est moins importante. Nous assistons également à des changements de valeurs en lien, entre autres, avec la mondialisation ou encore avec la morale du moment. Plusieurs parents se sentent démunis, dépassés, et n'ont plus de repères. De nombreuses recherches et enquêtes effectuées sur le sujet depuis plusieurs décennies en témoignent. Les parents perdent donc

¹ Afin d'alléger le texte, nous écrirons le Centre de Santé et de Services sociaux CSSS tout au long de ce mémoire.

² Afin d'alléger le texte, nous écrirons le service « Famille, Enfance, Jeunesse » FEJ tout au long de ce mémoire.

Parallèlement à cette demande croissante, plusieurs études longitudinales conduites surtout aux États-Unis depuis les années 1980 ont confirmé l'hypothèse de la reproduction de la pauvreté d'une génération à l'autre, ainsi que de la monoparentalité et de l'assistance sociale. Cette situation génère des coûts pour l'État, qui décide alors d'intervenir et d'intégrer dans les politiques sociales des programmes d'aide aux personnes et aux familles en difficulté.

Notons que le soutien aux parents n'est pas une approche nouvelle. En effet, Boutin et Durning (2008) soulignent que les interventions menées auprès des familles remontent aux années 1930. Des actions organisées sont nées à partir de cette époque, tant en Amérique du Nord qu'en Europe. Cependant, les changements sociaux et culturels mènent à un tournant de l'éducation familiale, et les recherches en sciences de l'éducation sur la formation parentale ne cessent de progresser.

Ainsi, au Québec, des programmes gouvernementaux proposent des actions en direction des familles. Les CSSS ont développé une vocation d'aide aux parents depuis quelques années.

Pour la clarté des propos, nous situons la place et le rôle des CSSS. Cette institution est née de la fusion de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et souvent d'un centre hospitalier. Le CSSS agit comme assise du réseau local de services assurant l'accessibilité, la continuité et la qualité des services destinés à la population du territoire local. Selon le ministère de Santé et de Services sociaux du Québec (2009), le CSSS doit assurer :

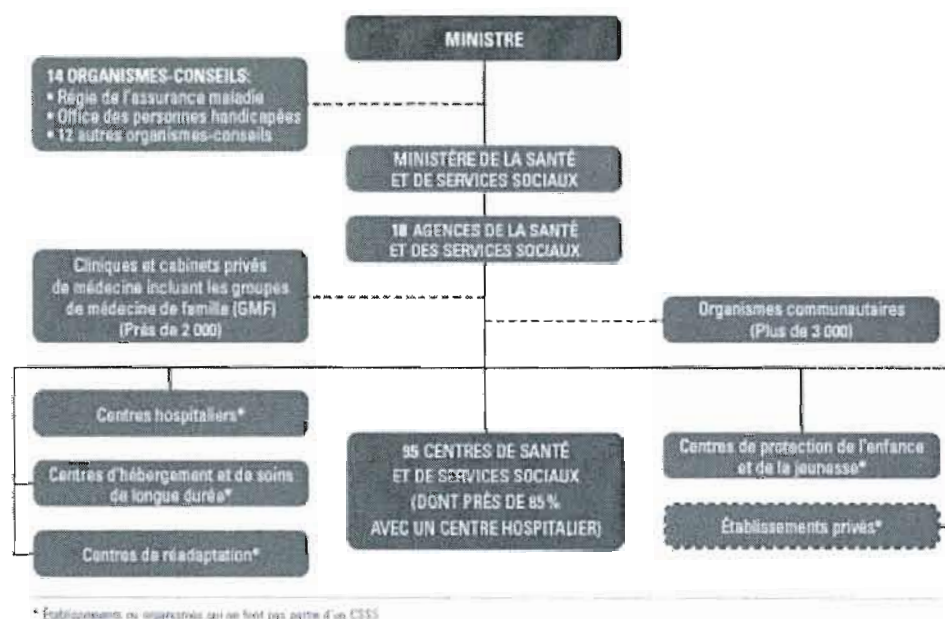
Un éventail de services le plus complet possible, tout en agissant pour améliorer la santé et le bien-être de la population locale. Cette nouvelle formule profitera à tout le monde et permettra une meilleure intégration des services (.) et ce, dans un souci de soutenir également les familles et les proches.

La population locale dispose en premier lieu du CSSS en cas de besoin au niveau de la santé ou des services sociaux. De plus, le ministère de Santé et de Services sociaux du Québec (2009) affirme ce qui suit :

Les responsabilités des CSSS sont de promouvoir la santé et le bien-être; accueillir, évaluer et diriger les personnes et leurs proches vers les services requis et de prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes vulnérables.

Voici un tableau récapitulatif de l'organisation du système de santé et de services sociaux au Québec.

Tableau i. Organigramme du système de santé et de services sociaux au Québec



Dans ce tableau, nous pouvons voir que le CSSS est la porte d'entrée aux différents services sociaux et de santé pour la communauté locale.

Voyons maintenant le rôle du service destiné à soutenir les familles dans les CSSS. Le soutien aux familles est proposé dans le cadre du service FEJ. Chaque centre peut faire une demande de subvention au Ministère de la famille et des aînés. Le centre reçoit une subvention en lien avec le nombre d'habitants de l'arrondissement concerné. Le Ministère exige que le programme satisfasse à certains critères d'admissibilité, tels que les objectifs du projet à l'égard des familles, l'adéquation entre les moyens et les objectifs, le réalisme du projet. Les critères étant cependant relativement ouverts, les interventions peuvent varier autant que le nombre de CSSS qui offrent ce service. Nous n'avons jusqu'ici pas réussi à trouver une typologie de programmes, ou même une description précise d'un

programme à un autre. Pourtant, le projet clinique du CSSS veut favoriser une standardisation qui :

visait l'alignement des pratiques avec des normes et des standards reconnus et applicables aux contextes locaux. La standardisation s'applique ainsi aux pratiques cliniques individuelles ou de groupe par le biais de l'adhésion à des protocoles ou lignes directrices fondés sur les données probantes ou les meilleures pratiques selon les consensus d'experts. (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004, p. 25)

Reste néanmoins qu'il est difficile de penser à une standardisation telle que le projet clinique du CSSS le souhaite, alors que l'information elle-même n'est pas transmise entre les arrondissements. Étant donnée cette situation, nous avons donc choisi d'analyser les pratiques effectuées dans le service FEJ offert dans un nombre restreint de CSSS.

Le présent mémoire présente dans un premier chapitre la problématique de recherche. Nous y décrivons d'abord le contexte dans lequel se situe notre sujet. Puis nous exposons les mutations dans les fonctions familiales, ainsi que l'intérêt croissant pour l'enfance de la part de la société en général, et le mode d'éducation qui en est ainsi transformé. Après quoi nous présentons les différents enjeux pour les familles dans un contexte de changement, et nous présentons nos objectifs et question de recherche.

Dans un deuxième chapitre, un cadre conceptuel précise l'histoire de l'éducation parentale, et permet de clarifier plusieurs termes récurrents dans ce mémoire en lien avec la formation parentale. Nous nous pencherons ensuite sur l'analyse des pratiques ainsi que sur la tendance actuelle au niveau de l'intervention familiale, à savoir la notion d'appropriation (empowerment). Enfin, nous illustrons la pertinence de notre recherche.

Le troisième chapitre décrit la démarche méthodologique suivie. Nous justifions notre choix d'utiliser une approche qualitative, ainsi que de recourir à une adaptation de la grille proposée par Boutin et Durning (2008). Nous présentons ensuite les sujets répondant aux entretiens, ainsi que les circonstances de la réalisation des entretiens. Finalement, nous exposons les critères de scientificité, à travers l'objectivation des données.

Le quatrième chapitre est consacré à la présentation des données recueillies dans chaque CSSS. Nous établissons des liens ou des différences dans la pratique des professionnels, ainsi que des liens ou des différences entre ce qui est attendu, et ce qui est existant au niveau des interventions auprès des familles dans le service FEJ.

Le dernier chapitre, celui de la discussion, nous permet de faire le point sur les observations tenues à la suite de notre recherche. Nous en décrivons les apports ainsi que les limites. Enfin, nous suggérons quelques pistes de réflexion pour d'éventuelles recherches.

CHAPITRE I

PROBLÉMATIQUE

Ce premier chapitre présente la problématique de notre recherche. Nous exposerons dans un premier temps le contexte dans lequel notre sujet s'inscrit, et les raisons qui nous ont poussée à travailler sur un tel sujet. Nous décrirons dans un deuxième temps les mutations dans les fonctions familiales, puis nous présenterons l'intérêt croissant pour l'enfance et l'impact de celui-ci sur les familles. Nous verrons quels sont les enjeux actuels pour les familles, en égard aux transformations familiales et sociétales actuelles. Enfin, nous présentons notre objectif ainsi que notre question de recherche.

1.1 Contexte

La toute première source d'éducation pour l'enfant provient de sa famille. Aujourd'hui, le domaine de l'éducation donne une place de plus en plus importante au rôle de la des parents. Avec ce rôle plus important s'ensuit parfois plus de reconnaissance, mais aussi plus de responsabilités quant à la réussite de l'enfant. En même temps, les familles d'aujourd'hui connaissent de grands bouleversements, et elles ne sont pas toujours outillées pour faire face à de nouveaux défis. De cette perte de repères chez les familles est né un développement important de ressources adressées aux familles, qu'elles soient sous forme d'écrits tels que des revues ou des monographies, d'émissions télévisées ou encore sous forme de programmes, comme ceux proposés dans les centres communautaires ou dans les CSSS.

Les changements sociaux et culturels marquent un tournant de l'éducation familiale, entre autres avec une société de plus en plus exigeante scolairement, puis professionnellement. Non seulement les parents dits en difficulté, mais aussi les parents dits tout-venant sont inquiets, et sont en demande de soutien.

1.1.1 Des mutations dans les fonctions familiales

Des auteurs classiques aux sociologues des années 1990, on remarque une préoccupation constante pour les fonctions de la famille. C'est surtout cependant à partir des années 1970 que la famille devient une préoccupation sociologique. En effet, à cette époque le modèle de la famille nucléaire se voit contesté de toute part, et plusieurs chercheurs, majoritairement des femmes, recommencent à s'intéresser à la vie familiale. D'après Quéniart et Hurtubise (1998), la famille redevient l'un des domaines fondamentaux de la discipline : en Europe comme en Amérique du Nord, la recherche connaît un essor important, et les cours de sociologie de la famille sont parmi ceux les plus souvent inscrits dans les programmes universitaires. Ce regain d'intérêt s'explique en partie par les transformations fondamentales de la vie familiale, avec de nombreux éléments parmi lesquels on note une diminution de la fécondité, une baisse du nombre moyen d'enfants par famille, une augmentation des divorces, ou encore la transmission intergénérationnelle qui est moins importante. Ces éléments suscitent des remises en question et des interrogations dans plusieurs sociétés. Dans ce contexte, les réflexions théoriques et méthodologiques se sont développées et plusieurs recherches sur la famille confirment la vocation empirique de ce domaine sociologique.

D'un point de vue pratique, les transformations familiales ont été évidentes, sous plusieurs aspects : la mondialisation, l'individualisme, la morale du moment présent sont des mouvements qui transforment les valeurs et les modes de vie familiale. La famille se désinstitutionnalise. En effet, selon le Ministère de la famille et des aînés, 86 % des couples avec enfants étaient mariés en 1991, contre 72 % en 2001 (Les familles et les enfants au Québec, principales statistiques, p. 5).

Les transformations de la famille et le regain d'intérêt qu'elle suscite au niveau de la recherche ont également eu un impact sur la place de l'enfant dans les politiques. En effet, d'autres changements au niveau du rôle des parents, tels que la paternité qui est reconnue comme ayant un rôle affectif, ou les mères qui sont professionnellement actives changent la dynamique familiale. Les couples présentent également de nouvelles caractéristiques, comme les familles monoparentales, les couples homosexuels, ou les couples ne vivant pas sous le même toit; autant de nouvelles situations qui nécessitent un regard différent sur la place des familles.

1.1.2 L'intérêt croissant pour l'enfance

C'est au tournant des années 1980 qu'ont été dévoilés les premiers résultats des grandes études longitudinales américaines qui confirmaient l'hypothèse de la « reproduction » de la pauvreté d'une génération à l'autre, ainsi que de la monoparentalité et de l'assistance sociale. Quelques-unes de ces études laissent entendre que si les pouvoirs publics ne s'occupent pas davantage des enfants et de leur environnement (familial, scolaire et sociosanitaire), les coûts de protection sociale auront tendance à augmenter. « S'occuper davantage » implique la prévention, donc le dépistage et la correction (Dandurand et Saint-Pierre, 2000). Au Québec, les mesures gouvernementales en faveur des enfants ont conduit à la mise en place de nombreux programmes, autant de dépistage des enfants à risque que d'amélioration de la compétence parentale.

Tous les pays occidentaux ont intégré dans leurs politiques sociales des programmes d'aide aux personnes et aux familles en difficulté en lien avec la pauvreté ou avec le handicap par exemple (Boutin et Durning, 2008). Cependant, aux États-Unis, Fine (1989, cité dans Boutin et Durning, 2008) souligne que l'État se préoccupe davantage d'autres domaines (vieillesse de la population, maladies épidémiques, etc.), ce qui justifie, entre autres, la formation de groupes de parents ou encore la mise en place d'associations. Les parents sont ainsi de plus en plus laissés à eux-mêmes, ou alors à se regrouper entre eux.

En résumé, les mutations que connaissent les familles modernes et leur instabilité affectent le mode d'éducation des parents qui semblent disposer de moins de ressources sur le plan organisationnel et relationnel. Ces mutations sont multiples et diverses : les transformations du marché du travail et ses exigences, mais aussi les transformations familiales, à savoir les familles recomposées, les mères monoparentales, un nombre d'enfants moins important par famille, ou encore des transformations culturelles, dues à une immigration plus importante.

1.2 Enjeux actuels pour les familles

Toutes ces nouvelles données représentent des défis de taille pour les parents d'aujourd'hui, qui sont parfois dépassés. En outre, les parents sont conseillés de toute part,

et comme le notent Boutin et Durning (2008) « jamais jusqu'à ce jour, les parents n'ont été soumis à autant de discours contradictoires de la part des spécialistes de la famille. » (p. 64) Un grand nombre se donne la permission de les juger, et surtout de donner des conseils sur la méthode d'éducation à suivre. Les parents sont ainsi submergés d'informations, diffusées à la télévision, dans les périodiques ou encore provenant de l'école.

Pour sa part, Gayet (2006) souligne que c'est « encore et toujours le clivage bonne éducation/mauvaise éducation qui apparaît derrière l'opposition échec/réussite. » (p. 90) Le parent se trouve donc aujourd'hui face à une grande pression concernant la réussite de son enfant. Par exemple, l'implication des parents dans l'éducation scolaire de leur enfant est fortement recommandée. En effet, l'engagement parental montre qu'il profite de manière générale à l'apprentissage de l'enfant (Hoover-Dempsey & Sandler, 1999). En outre, Boutin et Daneau (2004) notent que les exigences de la société actuelle ont contraint les institutions scolaires et universitaires à établir des seuils de performance très élevés. Cette situation a « fini par créer tant chez les parents, chez les élèves et les éducateurs une véritable psychose de l'échec ». Ainsi, le poids de la réussite sur les parents est présent, avant même que leur enfant n'intègre l'école.

La famille, par son impact quasi direct sur la société, est depuis longtemps source de recherches et de réflexions. Ses multiples transformations dans le temps, qu'elles soient dans le mode d'éducation ou dans les types de relation, nous ont portés à y prêter une attention particulière et constante. La conséquence du mode d'éducation sur les enfants est difficilement contestable aujourd'hui. Le rôle des parents est donc primordial, et ils en sont eux-mêmes certainement les plus conscients. Il est d'ailleurs difficile aujourd'hui de passer outre les nombreux et divers conseils donnés de toute part, que ce soit à travers les médias, l'école ou encore les différentes institutions sociales.

1.3 Objectif de recherche

L'objectif de cette recherche est de décrire les pratiques réalisées auprès des parents d'enfants de 0 à 5 ans dans le contexte des CSSS, dans le service FEJ et d'analyser la concordance entre le service officiel (pratiques conseillées) et le service appliqué (pratiques appliquées).

1.4 Question de recherche

La question de notre recherche s'énonce donc comme suit :

Quelles sont les pratiques réalisées auprès des parents d'enfants de 0 à 5 ans dans le contexte des CSSS, dans le service « Famille, Enfance, Jeunesse »?

Afin de répondre à cette question, nous décrirons le contenu des interventions dans le cadre du service FEJ. Nous explorerons également la perception des responsables du service FEJ en ce qui concerne leur intervention ainsi que celle de leurs collègues auprès des familles, et nous verrons comment les objectifs visés par le CSSS sont atteints dans les pratiques appliquées.

CHAPITRE II

CADRE CONCEPTUEL

Cette partie comporte essentiellement deux volets : dans un premier temps, elle brosse un court historique de l'éducation familiale. Dans un deuxième temps, elle développe le cadre conceptuel, qui permet de mieux définir les concepts clés relatifs à cette recherche. Finalement, la pertinence sociale de cette recherche est exposée.

2.1 Historique

L'éducation parentale n'est pas une nouvelle vague d'intervention, tant en Amérique du Nord qu'en Europe. Les institutions religieuses faisaient circuler des « feuillets paroissiaux », qui donnaient des conseils sur l'éducation des jeunes enfants (Durning, 1995). Dès la fin du 19^e siècle, l'équivalent de l'assistante sociale, appelée alors « infirmière-visiteuse » (Boutin & Durning, 2008), intervient auprès des familles. Aux États-Unis, l'économie domestique devient une discipline universitaire, sous l'appellation de « Family life education ». Des éducateurs y étaient formés, dans le but de préparer au mieux les mères à leur rôle d'éducatrice.

Cependant, il est important de noter qu'au moment de l'émergence de l'école, au 19^e siècle, peu de crédit était donné aux parents, qui étaient plutôt jugés comme des incompetents et des ignorants. L'école avait donc une position de supériorité sur les parents quant à l'éducation des enfants. Bien que l'on ait évolué, au moins officiellement, d'une logique de soupçon à celle de demande, il semblerait que cette supériorité éducative soit encore présente aujourd'hui, si l'on constate la résistance des pouvoirs politiques à s'engager dans la voie de l'accompagnement des familles. Pour l'institution, le bilan des relations entre l'école et les familles est négatif, voire même parfois inexistant, en particulier lorsqu'il s'agit de parents de milieux populaires. Dans les quartiers défavorisés, ce fossé devient souvent incompréhension (Carra & Faggianelli, 2002). Pourtant, on se rend compte, tardivement, que l'école n'est plus en mesure à elle seule de résoudre les problèmes sociétaux, et que la famille devrait être considérée

(1964, cité dans Pourtois, Desmet & Lahaye, 2004) disait d'ailleurs que l'école ne fait que traduire en performances scolaires ce que la famille avait installé bien avant elle chez l'enfant.

La formation parentale est donc un type d'intervention qui existe depuis longtemps, il a pris diverses formes, mais son histoire fait qu'on ne peut en nier l'importance et l'utilité aujourd'hui.

La formation parentale, qui se préoccupe principalement des faits et des tâches d'éducation, s'adresse à tous les publics. Pour un public plus ciblé, comme les familles ayant un enfant handicapé, Lambert et Lambert-Boite (2002, p. 42) introduisent une notion supplémentaire, celle de guidance. La guidance est un des modèles d'intervention pour les professionnels, et elle présente deux caractéristiques : « d'une part, l'objet dépasse le cadre d'une centration sur les tâches et les faits éducatifs. Il porte sur la restauration de l'épanouissement des membres, sur l'acceptation de soi et le respect des autres. D'autre part, ce type d'intervention se réalise à la demande des parents de personnes handicapées ». Ainsi, dans le contexte de guidance, l'intervenant fournit l'information, agit comme consultant ou conseiller sans vouloir influencer directement la prise de décision puisqu'il reconnaît des ressources à la personne pour le faire (Fontaine & Pourtois, 1998).

D'après plusieurs auteurs, dont Durning (1995), les programmes d'éducation parentale sont de trois types, selon le mode de participation de parents : un programme d'information dans lequel le parent a un rôle passif; un programme de groupe de discussion qui partage le vécu des parents; et enfin un programme de formation qui vise à développer les habiletés éducatives des parents. Cette dernière s'avère être la méthode la plus efficace, entre autres car cette pratique est applicable à la maison.

Concernant les programmes pour les parents d'enfants handicapés, on peut trouver différents programmes en fonction du type de handicap. Comme le notent Lambert et Lambert-Boite (1993), il existe une grande diversité dans les programmes d'éducation parentale.

2.2 Définition des concepts

Tout au long de ce mémoire, nous aborderons un certain nombre de concepts, qui font autant partie de la littérature scientifique que du « bon sens populaire ». Il est donc important de clarifier ces notions et de les placer dans notre contexte. En effet, un terme peut avoir un sens différent selon son emploi. Ainsi, dans le cadre de la formation parentale les concepts de partenariat, de coopération et de collaboration, d'éducation familiale, de parentalité, de formation parentale et ce qui est compris des compétences parentales, et d'intervention précoce sont autant de termes qu'il nous semble important de clarifier, afin « de définir les limites, de préciser les acceptations, de dégager l'ambiguïté; une recherche sur le terrain ne sera possible qu'à ce prix. » (Gayet, 2006, p. 93)

2.2.1 Partenariat

Le concept de partenariat porte une définition différente, selon qu'il est considéré dans le domaine des affaires, ou dans le domaine des services à la personne, au niveau éducatif ou social. Dans le domaine des affaires, Fontaine et Pourtois (1998) définissent le concept de partenariat comme « l'association des ressources de deux ou de plusieurs personnes ou organismes en vue de faire des profits. » (p. 190) Concernant les services à la personne, le partenariat est défini par ces mêmes auteurs comme suit :

L'association des personnes (les élèves, la personne présentant certaines incapacités, ses parents et les intervenants), par la reconnaissance de leurs expertises et de leurs ressources réciproques. Par le rapport d'égalité entre eux, par le partage de prise de décision, par le consensus entre les partenaires au niveau, par exemple, des besoins de l'enfant et de la priorité des objectifs d'éducation ou de réadaptation à retenir. (p. 190)

D'après Durning (1995), les auteurs québécois comprennent le partenariat comme une démarche conjointe établie par les partenaires, avec des objectifs à atteindre puis des moyens pour les mettre en œuvre.

Le partenariat, dans le cadre social, est donc plutôt basé sur l'enfant lui-même, sur son bien-être : afin de l'assurer au maximum, les partenaires comme les parents, les enseignants, et les professionnels de la santé vont s'accorder sur les objectifs d'éducation par exemple. Il y a donc une réciprocité dans les prises de décision. La notion de profit est toujours présente, mais c'est un profit pour l'enfant en premier lieu.

Si le partenariat renvoie à la prise de décision, nous allons voir que la coopération, elle, est définie par le partage des tâches et des responsabilités.

2.2.2 Coopération-collaboration

Pour Fontaine et Pourtois (1998), la coopération est « l'opérationnalisation » de la décision prise par les partenaires. C'est l'étape qui suit le partenariat, dans le sens où l'action de coopérer suppose que les objectifs et les actions à entreprendre ont été décidés et validés auprès des partenaires. Ces auteurs distinguent d'ailleurs la collaboration et la coopération, la collaboration ne nécessitant pas la réciprocité : la collaboration est la participation ou la réalisation d'une tâche, mais elle n'exige pas d'entente réciproque.

Ces distinctions montrent que les rôles se diversifient, et les acteurs se multiplient. Il n'est plus « un seul expert » qui impose les décisions. De cette façon, les actions sont plus efficaces, car elles ont fait appel aux différentes compétences utiles à la situation.

Qu'il s'agisse de partenariat, de collaboration ou encore de coopération, ces concepts sont très présents dans l'aide aux familles. Ainsi, les échanges entre les acteurs externes et les parents occupent une place importante dans les sciences de l'éducation, suite aux recherches menées sur les pratiques parentales et leur effet sur la réussite ou non de l'éducation (Gayet, 2006).

2.2.3 Éducation familiale

Durning (1990) propose comme définition de l'éducation familiale :

Un ensemble de pratiques sociales mises en œuvre par les parents, au sein de groupes familiaux en direction des enfants, et par des intervenants sociaux en direction de parents (formation parentale) et des enfants (intervention éducative en coopération ou en remplacement du groupe familial). (p. 198)

Certains auteurs classent les interventions, suivant qu'elles sont plus structurées ou plus souples. Miron (1998) par exemple distingue des interventions ouvertes dans lesquelles l'intervenant construit progressivement l'intervention, et les programmes d'intervention qui

sont structurés à l'avance. Il est intéressant de noter que l'intervention ouverte est très répandue en Europe, alors que l'Amérique du Nord préfère une intervention plus structurée, sous forme de programmes. Cependant, la tendance peut varier en fonction des besoins de la clientèle, si l'axe est mis sur le changement de comportement, ou sur le système relationnel, ou encore sur le développement des processus cognitifs (Boutin & Durning, 2008).

L'éducation familiale est un domaine de recherche qui se développe de plus en plus. Gayet (2006) articule l'éducation familiale autour de trois pôles : les enfants, les familles et les institutions éducatives et leurs représentants. Trois grands domaines d'études en dérivent :

1) Le premier serait les études sur les relations intrafamiliales, en lien avec les stratégies éducatives des familles, les rapports entre la conjugalité et la parentalité ou les relations fraternelles ;

2) Le second domaine d'étude serait les études sur les interventions socio-éducatives auprès des enfants à l'école, dans les internats, les pouponnières, les crèches, l'aide éducative en milieu ouvert ;

3) Le troisième et dernier domaine d'étude serait les relations entre les familles et les institutions éducatives, ciblant les interventions auprès des familles, le rapport entre les parents et l'école, et le rapport entre les parents et les intervenants éducatifs.

2.2.4 Parentalité

Avec les changements sociaux et familiaux qui se dessinent, les termes comme *paternité* ou *maternité* ne suffisent plus, considérant les différents modèles de parents qui existent aujourd'hui (parents adoptifs, parents homosexuels, beaux-parents). On veut souligner qu'une personne peut avoir la fonction de parent, même si elle ne l'est pas biologiquement (contrairement à la parenté par exemple). Ainsi, l'adjectif « parental » a d'abord émergé à l'aube des années 1960, dans un contexte de modernisation des rapports des sexes : il désignait l'égalité et le statut commun des pères et des mères (Boisson & Verjus, 2004).

Le terme de parentalité est apparu dans l'édition 2000 du Petit Larousse illustré : « Fonction de parent, notamment sur le plan juridique, moral et socioculturel. » D'ailleurs, nous pouvons penser au terme anglais de *parenthood* pour lequel aucune traduction n'existait jusqu'à l'avènement de la parentalité. Le terme parentalité se distingue du terme *parentification*, qui fait plutôt référence au « processus qui conduit l'homme ou la femme au désir d'enfant, le ou la prépare à son accueil et bientôt à répondre le mieux possible à ses besoins au travers de la pratique de la parentalité. » (Houzel, 1999, cité dans Tillard, 2003, p. 28) Suite à cette définition, nous pouvons nous demander à quoi correspond la pratique de la parentalité. D'après Houzel (1999, cité dans Tillard, 2003), il s'agit des tâches quotidiennes que les parents ont à remplir auprès de l'enfant. Tillard (2003) insiste sur le fait que ces activités concrètes sont plus que de simples nécessités physiologiques du nouveau-né auxquelles les parents répondraient :

Les techniques de portage et d'endormissement, les toilettes et les massages, les interprétations des pleurs, les nourritures réservées aux nourrissons sont autant de faits dont les variations culturelles sont innombrables. Chacune de ces techniques modèle le corps de l'enfant et porte un sens qui dépasse les gestes et rend compte de transmissions culturelles dans le quotidien. (p. 32)

Le soutien à la parentalité est devenu une préoccupation plus concrète. Nous allons voir plus précisément les définitions de la formation parentale.

2.2.5 Formation parentale

La formation parentale (ou éducation parentale), elle, est définie par Boutin et Durning (2008) :

(La formation parentale est) toute action éducative de sensibilisation, d'apprentissage, d'entraînement ou d'élucidation relative aux valeurs, aux attitudes et aux pratiques parentales d'éducation. (p.8)

Terrisse, Lefebvre et Larose (cités dans Terrisse et Goulet, 2002) proposent comme définition de la formation parentale :

Une action éducative qui s'exerce auprès des formateurs que sont les parents. Elle a pour but de les aider à mieux actualiser leurs ressources éducatives, à développer leur sentiment de compétence éducative ainsi qu'à mieux organiser et utiliser les ressources éducatives de leur environnement. (p. 21)

La formation parentale, qui se préoccupe principalement des faits et des tâches d'éducation, s'adresse donc à tous les publics. En effet, les parents se questionnent de plus en plus envers leurs enfants au sujet des meilleures attitudes éducatives à adopter. Ils veulent maximiser les chances de leurs enfants en utilisant des moyens éducatifs efficaces. Pour ce faire, les parents jouent un rôle clé dans le développement de leurs enfants. Ainsi, ils doivent posséder plusieurs outils qui facilitent le développement des capacités de leurs enfants. C'est aussi dans une optique de prévention que les parents remettent en question les modalités d'éducation de leurs enfants. Car, dans le dessein de prévenir les problèmes futurs, les parents comprennent que c'est au départ qu'ils doivent instaurer entre eux et leurs enfants une relation stable basée sur la communication. Le rôle des parents implique donc la maîtrise d'un savoir, la réflexion, la remise en question des actions posées et la possession d'habiletés tant au niveau de la communication que de la maîtrise de la discipline familiale. Ainsi, au cours des dix dernières années, on a remarqué une augmentation de l'implication des parents dans les diverses institutions traitant d'éducation (par exemple dans le conseil d'établissement des écoles primaires ou secondaires). On remarque aussi un regroupement des familles de façon à faire objection à certaines politiques ou décisions institutionnelles ou pour influencer le changement de politiques ou de règlements liés aux services qui leur sont offerts. Ainsi, les familles génèrent des forces d'initiative et de solidarité. Ceci étant dit, les parents sont la plupart du temps encadrés par des professionnels. Les professionnels vont intervenir auprès des parents selon une évaluation des besoins, un cadre de référence, une approche qui leur est propre. Rondeau et Roy (1990, cités dans Deslauriers et Hurtubise, 2000) soulignent que la perception que l'on a d'un groupe ou d'un individu oriente nécessairement la définition de leurs besoins et par conséquent, détermine les services eux-mêmes. Ainsi, les risques de biais dans l'intervention sont à considérer de manière systématique, afin de ne pas omettre les compétences ou les forces des individus.

Pour un public plus ciblé, comme les familles ayant un enfant handicapé, Lambert et Lambert-Boite (2002) introduisent une notion supplémentaire, celle de guidance. La guidance est un des modèles d'intervention pour les professionnels, et elle présente deux caractéristiques :

D'une part, l'objet dépasse le cadre d'une centration sur les tâches et les faits éducatifs. [...] Elle porte sur la restauration de l'épanouissement des membres, sur l'acceptation de

soi et le respect des autres. D'autre part, ce type d'intervention se réalise à la demande des parents de personnes handicapées. (p. 42)

Ainsi, dans le contexte de guidance, l'intervenant fournit l'information, agit comme consultant ou conseiller sans vouloir influencer directement la prise de décision puisqu'il reconnaît des ressources à la personne pour le faire (Fontaine & Pourtois, 1998).

La formation parentale, par sa définition, appelle donc au développement ou à la réappropriation de compétences ou d'habiletés de la part des parents. Qu'en est-il de la compétence parentale ?

2.2.6 Compétence parentale

Nous pouvons d'abord nous pencher sur la définition de compétence. La compétence est un terme qui est employé à des fins différentes selon le domaine. Dans le monde industriel, la compétence fait référence à une performance requise pour occuper efficacement un emploi donné, en fonction de ses standards de performance. La notion de compétence est également utilisée largement dans le domaine de l'éducation, en particulier dans le contexte actuel de la réforme (approche par compétences). Il existe d'ailleurs un débat au sein du domaine quant à son sens.

Le dictionnaire de la langue française donne comme deuxième définition « la connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières. » (Petit Robert, 1996) Le droit de jugement et de décision est certes reconnu chez le parent, mais on peut se demander d'où lui vient sa connaissance : est-ce par l'exemple des générations antérieures, donc par l'expérience, ou est-ce une connaissance acquise, apprise en dehors de ses expériences? Stokes (1993) décrit 7 facteurs de compétence parentale : l'amour des enfants, la discipline et les limites, la cohérence, la capacité de tirer profit de ses erreurs, la communication avec l'enfant et le conjoint, le temps passé avec l'enfant et le réalisme quant aux tâches et aux objectifs éducatifs. D'autres auteurs regroupent les pratiques des parents en type de tâches : tâches domestiques, techniques, de garde, éducatives, de suivi et de référence sociale (Durning, 1995). Cependant, une définition univoque est difficile à établir. Comme le note Gayet (2006), cette compétence dépend pour partie de l'âge de l'enfant. Nous le citerons :

Il est possible que la « bonne » mère d'un enfant de trois ans devienne la « mauvaise » mère d'un enfant à cinq ans. [...] L'adaptation du parent à la maturation de l'enfant ne va pas de soi. (p. 99)

2.2.7 Intervention précoce

Il nous semble important ici de faire la distinction entre l'intervention précoce et l'éducation parentale. Bien que ces deux termes soient très liés, l'intervention précoce est une pratique en tant que telle. Selon White (1986, cité dans Boutin et Durning, 2008), il s'agit d'une intervention éducative, clinique ou thérapeutique qui vise à améliorer les habiletés ou les performances dans les domaines où existent des difficultés, ou à réduire la probabilité des difficultés futures chez le jeune enfant. Ce terme désigne également une action menée en collaboration avec les parents, les professionnels de l'éducation et autres intervenants auprès d'enfants d'âge préscolaire dans le but d'éviter un retard de développement ou encore de prévenir des difficultés d'apprentissage.

Le projet Portage, fondé par Hillard et Shearer (1976), diffusé auprès de clientèles multiples, est un exemple d'intervention précoce. C'est un guide d'intervention à la maison pour des enfants d'âge préscolaire ayant un retard de développement. Basée sur le comportementisme, l'intervention est axée sur la modification du comportement, en impliquant les parents le plus tôt possible dans l'éducation de leur enfant pour leur assurer un développement maximal.

Un autre exemple d'intervention précoce est le projet SAP (Service d'Aide Précoce). Ce projet est né dans une région de Wallonie, en 1985 (Lalière, 1988, cité dans Lambert et Lambert-Boite, 1993). Il s'adresse aux enfants de la naissance à l'âge de six ans et à leurs parents. Des techniques éducatives variées sont utilisées pour la formation des parents en tenant compte de chaque famille et de ses besoins. Ainsi, les parents apprennent à visualiser les acquisitions de leur enfant grâce à l'utilisation de carnets de développement, à programmer leurs activités quotidiennes et leur emploi du temps en fonction des besoins de tous les membres de la famille, à stimuler le développement de la communication chez leur enfant par l'utilisation de techniques d'incitations verbales et de modelage, à exprimer leurs besoins et leurs attentes grâce à l'utilisation de techniques d'apprentissage assertif, et enfin à modeler de nouvelles conduites chez leur enfant (Lambert et Lambert-Boite, 1993). Ce projet possède également une extension importante

assurant le suivi de l'enfant au début de la scolarité, sous la forme de groupes de travail impliquant les membres de l'équipe pluridisciplinaire, les familles, les enseignants, les autorités et les services scolaires de la région. Ainsi, on voit que l'intervention précoce est une des pratiques utilisées dans les programmes de formation parentale.

2.2.8 Tendance actuelle : appropriation (empowerment)

Avec les questionnements sur la portée éducative des pratiques familiales et sur celles des pratiques institutionnelles, s'est développée la notion d'appropriation. Il s'agit d'« un processus d'action sociale par lequel les individus et les groupes agissent pour acquérir le contrôle sur leur vie dans un contexte de changement dans leur environnement social et politique. » (Wallerstein & Bernstein, 1994, p. 142) Les stratégies pour favoriser l'appropriation sont de faire reconnaître et de valoriser les forces et les compétences des personnes. Pour cela, les professionnels apparaissent comme des collaborateurs (Wallerstein & Bernstein, 1994). L'appropriation vise également à appuyer et à renforcer la participation active des personnes, tout en les encourageant dans leur cheminement. En fait, le but principal de la formation parentale est de redonner aux parents le sentiment de confiance, d'amener les parents à (re)découvrir qu'ils possèdent des compétences éducatives, et de les activer (Fontaine & Pourtois, 1998). D'ailleurs, une des visées principales de la formation parentale est d'aider les parents à s'approprier ou se réapproprier leurs compétences parentales, de prévenir des dérives possibles pour éviter des problèmes plus graves, plus que de créer un « parent parfait ». Un grand nombre d'auteurs soutiennent que l'éducation des parents favorise l'émancipation de l'adulte et de l'enfant, enrichit la personnalité, et encourage la maturité par le développement des responsabilités sociales (Fontaine & Pourtois, 1998). Il serait intéressant de voir si ce constat s'applique à tous types d'éducation parentale, et si cette application est la même partout.

2.2.9 Perception des praticiens

Nous nous intéressons à la pratique même des professionnels qui travaillent auprès des familles. C'est pourquoi nous nous basons sur la perception des praticiens, à travers

l'analyse des pratiques (que nous définissons dans la section suivante). Le dictionnaire de la langue française (Le Petit Robert, 1993) définit la perception comme suit : « Fonction par laquelle l'esprit se représente les objets ». Dans le cadre de notre recherche, nous voulons justement décrire comment les praticiens se représentent leur pratique.

2.2.10 L'analyse des pratiques

L'analyse des pratiques est plus répandue dans certains domaines que dans d'autres. La pratique scolaire par exemple a fait l'objet de plusieurs études, par exemple observer les enseignants pour mieux adapter leur formation par la suite. On peut penser à Tardif et Lessard (1999) qui ont disséqué le travail des enseignants en partant de l'hypothèse que les professions d'interactions humaines présentent des caractéristiques qui les distinguent radicalement des autres formes de travail. Perrenoud (1996) a également pu montrer que les imprévus incessants, qui sont une des particularités des métiers de l'humain, obligent les enseignants à improviser dans les situations et adapter leur planification initiale.

Initialement, l'analyse des pratiques est considérée comme un outil de formation notamment pour des professionnels, qui désirent développer leurs compétences en fonction de leur expérience réelle. L'objectif principal est d'amener les acteurs à réfléchir sur leurs pratiques professionnelles afin de trouver des solutions à leurs préoccupations. Mais l'analyse des pratiques est de plus en plus utilisée, non seulement par les professionnels, mais aussi dans le domaine de la recherche. Si l'on suit la définition de Blanchard-Laville et Fablet (1996), l'analyse des pratiques est utilisée « pour l'action et pour la recherche. » (p 27) Il s'agit en fait de définir le résultat d'une pratique en particulier. Ces auteurs voient cette définition comme une interrogation du type de réel qui est transformé (dans notre cas, les pratiques parentales) et la nature de la transformation qu'elle apporte (sa valeur ajoutée).

Le concept d'analyse des pratiques nous semble ici particulièrement important. En effet, une pratique s'accompagne de phénomènes affectifs qui touchent tous les acteurs, de manière consciente ou non. Ces phénomènes vont avoir un impact direct sur la pratique, sur son déroulement ainsi que sur son renouvellement. Ainsi, lors d'une analyse de pratique, l'étude de cet aspect est incontournable. Blanchard-Laville et Fablet (1996)

nomment ce phénomène affectif de « procès affectif. » (p. 34) Ce terme désigne « l'ensemble des phénomènes de type plaisir-déplaisir, satisfaction-souffrance accompagnant une pratique et indissociablement lié à l'image de soi, individuelle ou collective, au sein de cette pratique. Le repérage de ces phénomènes affectifs, en lien avec le procès de conduite, est essentiel et permet de ne pas séparer approches cliniques, approches techniques et approches cognitives. » (p. 34)

Les auteurs soulignent qu'une pratique se spécifie par son résultat, ce qui permet également de spécifier les moyens mis en œuvre et les rapports d'acteurs. On trouvera d'une part une fonction manifeste de la pratique, qui consiste en une pratique qui aboutit à un résultat, et d'autre part, une fonction latente, qui consiste en une transformation du réel sans avoir été de manière ouverte, déclarée, mise en œuvre dans ce but. Par exemple, une formation professionnelle va donner de nouveaux outils pour mieux performer dans un contexte donné : fonction manifeste. Une évaluation va produire des transformations de représentations ou des transformations d'affects : fonction latente.

Comme le notent Coquoz et Knüsel (2004), l'analyse des pratiques n'a pas pour finalité de contrôler le travail pour vérifier si les activités réelles correspondent au mandat prescrit par l'employeur. Nous souhaitons accéder aux pratiques réelles : actions menées, objectifs atteints ou non atteints, réflexions théoriques.

2.3 Pertinence sociale de la recherche

L'intérêt de cette recherche réside notamment dans la nécessité de soutenir le rôle parental de manière adéquate afin de prévenir, autant que possible, d'éventuelles difficultés (psychologiques, sociales et scolaires) chez l'enfant. Comme le souligne d'ailleurs le Ministère de la Santé et des Services sociaux dans le Projet Clinique de 2004 :

On cherche ici à *éviter dédoublements, incohérences et lacunes*. Les mesures préconisées se basent sur l'échange d'information, sur la création de mécanismes de référence et sur la gestion de cas. De concert avec l'ensemble des intervenants du réseau et hors réseau, les CSSS doivent convenir de moyens visant à assurer le partage d'information et la complémentarité des rôles et responsabilités des intervenants et des partenaires intersectoriels. (p. 20)

Pourtant, il est difficile de juger de la complémentarité des rôles des intervenants, ainsi que de l'apport concret des programmes pour les familles. Cette recherche, avec la collecte de données, sera un premier pas vers une recension précise des programmes d'éducation parentale, qui rendra une évaluation possible par la suite avec d'autres recherches.

Il est reconnu que l'implication parentale dans les programmes de prévention ou d'intervention permet de travailler à l'amélioration de la relation parent-enfant et des pratiques parentales. De plus, plusieurs chercheurs ont montré que les jeunes qui ont des comportements déviants proviennent de familles où la discipline et la supervision sont déficientes et où les problèmes de communication sont nombreux (Cooms et Paulson, 1988; Jurich, Polson, Jurich et Bates, 1985; Kandel, Kessler et Margulies, 1978; Kline et Canter, 1994, cités dans Vitaro et Gagnon, 2000). Avoir une idée plus précise du déroulement des programmes de formation parentale devrait alors permettre de préparer le terrain, pour une éventuelle évaluation dans un travail futur. Enfin, une meilleure connaissance du programme nous permettra d'autant plus d'encourager les parents à profiter des services offerts par les CSSS.

Notre intérêt ici est de rendre plus accessible le travail fait dans les CSSS, autant pour les parents que pour les professionnels et les chercheurs.

CHAPITRE III

MÉTHODOLOGIE

Dans ce troisième chapitre, nous exposerons notre choix de privilégier une approche qualitative pour notre recherche. Nous présenterons ensuite notre instrument utilisé pour la collecte des données, à savoir l'entretien semi-directif individuel. Nous détaillerons les raisons de ce choix. Puis nous décrirons les sujets répondant ainsi que les circonstances de la réalisation des entretiens. Enfin, nous décrirons les critères de scientificité.

3.1 Type de recherche

Rappelons que notre objectif principal de recherche est de décrire les pratiques réalisées auprès des parents d'enfants de 0 à 5 ans dans le contexte des CSSS, dans le service FEJ. Pour atteindre cet objectif, nous nous baserons sur la réalité des pratiques telle qu'énoncée par nos répondants. Notre choix de méthodologie à caractère qualitatif nous semble donc approprié d'abord parce qu'un des principes fondamentaux de la recherche qualitative est de fournir un encadrement favorisant l'expression des répondants quant à leur compréhension des choses, et cela, dans leurs propres mots. Dans la mesure où une information précise et complète sur les contenus des programmes de formation parentale est difficile à obtenir, il semble que l'approche qualitative est à privilégier.

3.2 Instruments utilisés

3.2.1 L'entretien individuel

Nous avons vu que le but de cette recherche est de rendre compte de manière la plus précise possible des pratiques réalisées avec les parents. Lessard-Hébert, Goyette et Boutin (1990) soulignent qu'il existe trois grands types de collecte de données : l'enquête orale (entrevue ou entretien) ou écrite (questionnaire), l'observation et l'analyse documentaire. Notre recherche se prête à l'enquête orale, avec un entretien semi-dirigé,

combiner des questions prédéterminées appelant des réponses spécifiques, tout en laissant la liberté de parole à l'interviewé s'il le souhaite. L'interaction entre le chercheur et l'interviewé peut créer une spontanéité qui permet d'obtenir un surplus d'informations, que l'on peut juger par la suite s'il est utile à la recherche ou non. Afin d'assurer une fidélité synchronique dont parlent Lessard-Hébert, Goyette et Boutin (1990), la prise de notes et l'enregistrement après autorisation seront utilisés, afin de retracer le plus précisément possible les échanges.

La réalisation du questionnaire s'est faite à partir de la grille proposée par Boutin et Durning (2008), que nous avons décidé de simplifier pour des raisons pratiques d'application. Le choix de cette grille nous a semblé judicieux dans la mesure où notre objectif rejoint celui de Boutin et Durning (2008), qui « n'est pas d'évaluer [...] mais de recenser, de comparer diverses pratiques afin de mieux les comprendre ». De plus, la grille proposée par Boutin et Durning (2008) permet de repérer précisément les caractéristiques des interventions, ce qui correspond également à notre objectif de recherche. Enfin, les nombreux travaux de Boutin (2004, 2008) et de Durning (1990, 1994, 1995, 2008) ont contribué à un apport important au niveau des interventions auprès des familles. Voici la typologie élaborée par Boutin et Durning (2008).

Tableau 3.1 Typologie des interventions au sein de la famille élaborée par Boutin et Durning (2008)

Inscription institutionnelle :

- 1 Services institutionnels impliqués
- 2 Participation parentale à la décision d'intervention
- 3 Statuts et formations des intervenants
- 4 Encadrement et supervision des intervenants

Choix stratégiques :

- 5 Cadres théoriques de référence
- 6 Motifs à l'origine de l'intervention
- 7 Processus intrafamilial cible
- 8 Processus de changement privilégié

Démarche pédagogique et procédures :

- 9 Méthode pédagogique
- 10 Site, fréquence et durée
- 11 Partenaires familiaux privilégiés
- 12 Activités effectuées
- 13 Modalité de gestion ou de cogestion des procédures
- 14 Relations entre les intervenants et les bénéficiaires

Nous avons décidé de retirer les points 7 (processus intrafamilial cible), 8 (processus de changement privilégié) et 13 (Modalité de gestion et cogestion des procédures), car ce sont des points qui se centrent plus sur la famille elle-même. Notre objectif se centre sur la pratique des professionnels en lien avec les familles, donc ces trois points nous semblaient moins pertinents, d'autant plus que nous devions nous soumettre à la contrainte du temps. D'autre part, nous avons ajouté à la grille la caractéristique des modalités interculturelles, car, comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, c'est une caractéristique émergente qui a un impact certain dans la pratique des professionnels aujourd'hui. De plus, il nous semblait pertinent de traiter de l'évaluation du service, qu'elle soit interne ou externe. Voici notre proposition de grille.

Tableau 3.2 Grille en support à la réalisation du questionnaire pour les entretiens

Inscription institutionnelle	Choix stratégiques et procédures
Services impliqués	Cadres théoriques de référence
Participation parentale à la décision d'intervention	Lieu, fréquence et durée
Statut et formation des intervenants	Motifs à l'origine de l'intervention et modalités interculturelles
	Méthode pédagogique (méthode, partenaires familiaux, activités effectuées, évaluation interne ou externe)
	Relations entre les bénéficiaires et les intervenants

3.2.2 Construction du questionnaire

Nous nous sommes aidée de la grille pour construire notre questionnaire (Appendice A) adressé aux responsables du service FEJ. Avant de rencontrer les répondants, nous avons affiné et nuancé quelques questions à l'aide de l'auteur principal de la grille, afin de nous assurer qu'un fil conducteur soit respecté lors de l'entretien. De plus, nous nous sommes ainsi confortée à l'effet que les questions posées mèneraient à une information pertinente en lien avec notre objectif de recherche.

Nous avons d'abord appelé différents CSSS afin de prendre contact avec les chefs du service FEJ. Le choix de nos répondants s'est fait en fonction de ceux qui étaient d'accord pour nous rencontrer. Nous avons donc rencontré les chefs de service de cinq CSSS de Montréal. Pour des raisons d'éthique, nous respecterons l'anonymat des répondants ainsi que des CSSS.

Les entretiens ont débuté à partir du mois de janvier 2009. L'objectif de la recherche, le déroulement de l'entretien ainsi que le respect de l'anonymat ont été expliqués au téléphone, puis rappelés lors de la rencontre avec le ou la répondante.

3.2.3 L'analyse de contenu

L'analyse de contenu fait l'objet de nombreuses définitions. Pour sa part, Aktouf (1998) en propose une définition générale :

Technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu manifeste des communications ayant pour but de les interpréter. (p. 118)

Dans le cadre de cette recherche, l'analyse de contenu sera de type vérificatoire, dans la mesure où nous tenterons de mesurer l'adéquation entre le discours recueilli lors des entretiens individuels et celui véhiculé dans les écrits. Nous tenterons autant que possible d'obtenir des informations véhiculées par le Ministère de la Santé et des services publics concernant les programmes offerts aux familles dans les CSSS en question. Nous aurons ainsi une vision plus large de la politique sous-jacente et de la position qu'elle prend par rapport au soutien familial.

3.3 Description des sujets et circonstances de la réalisation

Avec l'accord des responsables, nous nous sommes entretenue avec les répondants au CSSS même. La rencontre a été effectuée avec les chefs d'équipe du service FEJ de chaque CSSS. Les chefs d'équipes rencontrés ont chacun une formation différente. Nous avons rencontré une agente de relations humaines, deux psychoéducatrices, un conseiller clinique, et une infirmière.

3.4 Objectivation des données

La recherche qualitative se doit de contrôler plusieurs aspects pour contrer, autant que possible, les biais d'interprétation. Pour assurer une certaine fiabilité, en plus de la prise de notes lors des rencontres, les entretiens ont été enregistrés, pour ne pas distordre les propos lors de la constitution des données.

CHAPITRE IV

ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Ce quatrième chapitre dressera dans un premier temps le portrait des cinq CSSS afin de mieux saisir le contenu de notre analyse. Puis, nous présenterons et analyserons les données obtenues suite à nos entretiens réalisés avec les responsables du service FEJ. Nous ajouterons des tableaux récapitulatifs afin de montrer un aperçu global des données de chaque CSSS. Nous pourrons alors en dernier lieu établir des liens ou des différences de pratiques selon les CSSS.

4.1 Portrait général des cinq CSSS interrogés

Comme nous l'avons décrit dans le premier chapitre de ce travail, rappelons ici que le CSSS est un service public, gouvernemental. Il est la première ligne de soutien pour des soins, qu'ils soient de nature physique, psychologique, ou sociale. La porte d'entrée pour l'accès aux différents services pour les familles est donc le CSSS. Rappelons que le choix des CSSS s'est fait selon la disponibilité des répondants. Sur les cinq CSSS visités, nous trouvons deux CSSS dont l'arrondissement est décrit par les répondantes comme étant défavorisé, avec une population majoritairement québécoise et francophone; un CSSS dont le quartier est dit par la répondante être plutôt défavorisé, avec une forte population multiethnique; un CSSS dont le quartier est décrit par la répondante comme étant favorisé avec une population francophone, et d'immigrants choisis. Enfin, un CSSS dont le quartier est plutôt favorisé, mais la population est francophone et anglophone. Nous ferons état des statistiques sociodémographiques de chaque CSSS plus précisément lors de la présentation des CSSS, dans la partie de l'analyse des entretiens. Il nous semble important de dresser un portrait de chaque CSSS, mais nous souhaitons rappeler que l'objectif de cette recherche est de mieux comprendre l'intervention réalisée dans le service FEJ. La clientèle ainsi que le contexte socio-économique ne sont donc pas des variables que nous souhaitons étudier dans le cadre de notre mémoire. Nous nous penchons sur l'intervention spécifiquement. De plus, notre intérêt est d'explorer l'intervention, et en aucun cas de comparer ou d'évaluer un CSSS par rapport à un autre au niveau de la qualité de l'intervention.

4.2 Analyse des entretiens

La collecte des données, ainsi que leur analyse a permis de dresser un portrait de l'intervention réalisée auprès des parents dans cinq CSSS de Montréal. Nous en verrons les résultats dans ce chapitre. Rappelons que l'objectif général de ce mémoire est de décrire les pratiques réalisées auprès des parents d'enfants de 0 à 5 ans dans le contexte des CSSS. Ce chapitre présentera nos constats à ce sujet. Comme présenté dans la partie méthodologique, nous nous basons sur la grille adaptée de Boutin et Durning (2008), à l'aide des entretiens individuels réalisés avec les responsables du service FEJ.

Nous avons effectué l'analyse des entretiens sous forme de catégorisation de thèmes en lien avec la grille de Boutin et Durning (2008). Pour chaque entretien, nous avons retenu les éléments significatifs et récurrents, en lien avec les éléments-clés retenus dans la grille adaptée de Boutin et Durning (2008). Nous pourrions ainsi dans un premier temps décrire ces catégories selon chaque CSSS, pour établir par la suite des liens ou des différences entre eux.

Rappelons le contenu de la grille adaptée de Boutin et Durning (2008) que nous avons choisie pour mener les entretiens auprès du responsable du service FEJ de cinq CSSS de Montréal. Cet instrument nous servira de point d'appui tout au long de la recherche.

Tableau 4.1 Grille en support à la réalisation du questionnaire pour les entretiens

Inscription institutionnelle	Choix stratégiques et procédures
Services impliqués	Cadres théoriques de référence
Participation parentale à la décision d'intervention	Lieu, fréquence et durée
Statut et formation des intervenants	Motifs à l'origine de l'intervention et modalités interculturelles
	Méthode pédagogique (méthode, partenaires familiaux, activités effectuées, évaluation interne ou externe)
	Relations entre les bénéficiaires et les intervenants

4.2.1 CSSS 1

4.2.1.1 *Présentation du CSSS 1*

L'entretien se déroule avec une agente de relations humaines, responsable du service FEJ, pour les familles ayant des enfants de 0 à 12 ans. Le CSSS 1 a un des arrondissements qui a le plus grand nombre de groupes communautaires. Selon le recensement de Montréal en statistiques (2006), il présente la plus faible concentration de population immigrante sur le territoire de la ville de Montréal, ce qui en fait également l'arrondissement le plus francophone à Montréal. Concernant les caractéristiques familiales, le nombre de familles monoparentales est supérieur à la moyenne montréalaise (7965 familles monoparentales). En effet, une famille sur quatre est dirigée par un seul parent.

4.2.1.2 *Inscription institutionnelle*

4.2.1.2.1 Services impliqués

Le CSSS 1 est situé dans un des arrondissements dans lequel le nombre de groupes communautaires est le plus important. Chaque groupe a sa formation, son orientation, ce qui peut départager la clientèle. « Il y a des parents qui vont plus se reconnaître dans un groupe plutôt que dans un autre. Alors ils vont plutôt aller dans le communautaire plutôt que dans les CLSC. » (p.6, l.28) Notons ici qu'il y a une réticence pour certaines familles envers les CSSS, car ceux-ci sont perçus à tort comme jouant le même rôle que la Direction de la Protection de la Jeunesse. Le partenariat est vaste : les centres communautaires, les Commissions scolaires, les centres hospitaliers, la Direction de la Protection de la Jeunesse (DPJ), les Centres jeunesse travaillent en partenariat avec le CSSS. Le partenariat est perçu comme étant très fort, ayant de bons contacts avec la communauté. Cependant, cet échange est moins important aujourd'hui, « faute de temps. » (p.9, l.33)

4.2.1.2.2 Participation parentale à la décision d'intervention

Il existe des programmes structurés, appelés OLO (Œufs-Lait-jus d'Orange) et SIPP (Services Intégrés en Périnatalité et en Petite-enfance). Ce sont des programmes gouvernementaux, élaborés sans la participation des parents. Le rôle du parent est surtout de nommer son besoin. L'intervention, elle, sera décidée par l'équipe; d'abord par une infirmière si l'évaluation est faite à domicile, ou par une travailleuse sociale le plus souvent si l'évaluation est faite sur place, au CSSS. Le parent, suite à l'évaluation, sera dirigé dans le bon service. Nous verrons le statut, la formation des intervenants et comment leurs rôles sont répartis dans le paragraphe qui suit.

4.2.1.2.3 Statut et formation des intervenants

Dans le service FEJ de ce CSSS, l'équipe psychosociale (équipe responsable du service) est composée principalement de travailleurs sociaux et de psychoéducateurs. Elle comprend sept intervenants. Le roulement de personnel est plutôt stable depuis plusieurs années, mais il devrait y avoir un grand nombre de départs à la retraite d'ici deux ou trois ans.

4.2.1.2.4 Encadrement et supervision des intervenants

Les intervenants avec beaucoup d'expérience vont partir, et les jeunes remplaçants ne profitent pas d'une préparation ou d'une formation spécifique particulière. « Ils se forment un peu sur le tas je dirais. » (p12, l. 16) La supervision ou le mentorat ne sont pas des démarches officielles. Les intervenants sont donc engagés principalement en fonction de leur formation académique. Les jeunes, ou les nouveaux intervenants peuvent observer les différentes façons de travailler des uns et des autres.

Au niveau du suivi clinique, une supervision clinique est prévue une fois par semaine, avec une rencontre d'équipe. Le but principal est de soulever des cas particuliers, qui amènent des difficultés aux intervenants. « Il y a de la supervision clinique qui peut se donner. Il y en a petit peu. » (p.12, l.16)

4.2.1.3 Choix stratégique et procédures

4.2.1.3.1 Cadre théorique d'intervention

Les fondements théoriques apparaissent plutôt flous. La philosophie privilégiée est décrite comme imposante, et donc difficile à retenir. « Je ne la connais pas par cœur. » (p.7, l.1) La dimension humaniste et systémique est mentionnée. Le mandat, quant à lui, est mieux décrit. D'une part, un des mandats principaux du CSSS est de donner des services aux familles, et de s'adresser à toutes les clientèles. D'autre part, le CSSS est censé avoir pour mandat de départ la prévention. Il est néanmoins souligné que ce mandat est plus difficile à respecter, étant donné les réductions budgétaires des dernières années. Enfin, le CSSS se doit de ne pas être intrusif, la demande vient de la part du parent. L'offre de services est donc basée sur une participation volontaire, sauf lorsque le parent est référé par la DPJ, auquel cas il n'a pas le choix de venir. Ainsi, concernant le processus de changement privilégié, le service vise à rendre les parents autonomes. En effet, la base est volontaire, c'est donc au parent de faire le pas, puis les intervenants au dossier vont se retirer au fur et à mesure, d'où la notion d'appropriation.

4.2.1.3.2 Lieu, fréquence et durée

Les rencontres peuvent se faire à domicile ou au CSSS, encore une fois, dépendant du besoin. Si s'agit d'un problème d'organisation ou de discipline par exemple, les rencontres vont se faire au domicile. Si s'agit d'une aide de type information, la rencontre se fera au CSSS. La fréquence des rencontres est aléatoire, cela va dépendre des cas, des besoins, et des possibilités. « Ça peut être une fois par semaine, d'autres fois ça peut être une fois par quinze jours, ou encore une fois par mois. » (p.5, l.25) Enfin, concernant la durée, il peut y avoir des services très ponctuels, et les familles peuvent rappeler au besoin. Ou encore, le suivi peut être de longue durée. « Des fois, ça peut être en trois rencontres, des fois en dix rencontres, mais des fois on suit les parents pendant plusieurs années. » (p.13, l.33) Les dossiers ne sont fermés que lorsque l'enfant atteint l'âge de 12 ans, et que la famille n'a plus donné de nouvelles. L'équipe est libre au niveau de la fréquence, et de la durée. La demande de la famille et l'évaluation sont les principaux indicateurs du lieu, de la fréquence et de la durée des rencontres.

4.2.1.3.3 Motifs à l'origine de l'intervention et modalités interculturelles

L'aide proposée est très vaste. Les parents peuvent consulter pour obtenir de l'aide pratique comme du soutien financier, de la recherche d'emploi ou de logement. Ils peuvent également venir pour des problèmes plus spécifiques du développement de l'enfant, tels que des problèmes de langage ou un retard de développement par exemple. Le soutien peut aussi être en lien avec l'éducation ou la parentalité, comme la discipline, le lien affectif, ou encore l'organisation des tâches à la maison, ou l'aide aux devoirs. L'aide peut être ponctuelle en cas de crise par exemple, ou à plus long terme.

Les modalités interculturelles ne sont pas une réalité dominante dans ce quartier. On parle surtout de clientèle « vulnérable », mais qui n'est pas, ou peu, multiethnique selon la répondante. Les statistiques de Montréal en statistiques (2006) exposées au début de la présentation de ce CSSS confirment une faible concentration de la population immigrante.

4.2.1.3.4 Méthodes pédagogiques

Dans le CSSS 1, l'intervention est faite par les intervenants qui se rendent sur place ou qui travaillent directement avec les familles. Le parent vient lui-même demander de l'aide. Il est mis au courant du service grâce au bouche-à-oreille surtout, et une publicité qui paraît dans le journal local trimestriel qui est distribué chaque semaine avec le calendrier des activités prévues. « Le journal est distribué une fois par semaine, sauf que ça sort une fois par trimestre. Alors les activités sortent une fois par trimestre. » (p.3, l.15) Il n'y a pas de dépliants accessibles actuellement, car les coûts sont trop importants. « On ne fait pas de dépliants tout le temps, parce que c'est quand même une question de coûts. » (p.3, l. 16)

Il est principalement mention de la mère dans le discours, ce qui laisse penser que le père n'a pas une place aussi importante que celle de la mère. Certains programmes ciblés que nous décrivons dans le prochain paragraphe sont d'ailleurs destinés aux mères seulement.

4.2.1.3.5 Activités effectuées

Programmes ciblés, en groupe

Le programme Œufs-Lait-Orange (OLO) est offert par la santé publique, et une majorité de CSSS l'offrent. Les critères de sélection sont les mêmes d'un CSSS à un autre, donc nous ne les citerons qu'une fois, soit : la sous-scolarité (secondaire 5 non complété), la pauvreté, les grossesses à risques, et une clientèle immigrante avec un parcours migratoire difficile, comme des réfugiés de guerre par exemple. Le programme n'est cependant pas offert actuellement, car les parents ne se présentent pas : « Alors c'est vraiment euh, d'après la santé publique, on ne peut pas y échapper, tous les CSSS offrent ça. Alors soit y'a des rencontres de groupe, mais vous voyez là, on n'en fera pas d'autres en ce moment, parce que les parents ne viennent même pas. » (p. 6, 1.8)

Interventions libres, en individuel

Il existe des rencontres de groupe plus libre (pas de programme structuré) et des rencontres individuelles. Actuellement, les rencontres de groupe ne se donnent pas, car les parents ne s'y inscrivent pas. La répondante note que les activités de groupe monopolisent plus de personnel et de temps. Concernant les rencontres individuelles, les activités sont décidées au cas par cas. Le besoin du parent est toujours la base de l'intervention individuelle. Il peut donc s'agir de travailler les habiletés parentales, « si le parent dit euh ben moi j'ai de la misère à me faire écouter par mon enfant (.) ça va être de leur donner les outils nécessaires. Alors ça va être de travailler B-A-BA par rapport à ça. » (p.5, 1.10) À domicile, ce sont les habiletés parentales qui sont travaillées. Le parent va être observé, puis l'intervenant intervient, recadre, donne des conseils. Au CSSS 1, l'intervenant peut référer des lectures, mais cette démarche fonctionne selon certaines clientèles seulement. Les clientèles vulnérables sont moins attirées par cette méthode. « Quand on a des familles vulnérables, leur donner des textes à lire, c'est comme euh ils n'embarquent pas dans ça. » (p.5, 1.13) À l'inverse, des familles plus instruites par exemple vont être plus intéressées par l'offre de lectures. « C'est la maman [...] qui s'en va étudier en microbiologie à McGill [...] alors quelqu'un qui a beaucoup d'éducation. [...] Ce dont elle avait besoin c'est d'avoir des outils, de la documentation par rapport au développement de

l'enfant. Elle avait seulement besoin de guide. » (p.13, l. 26) Comme nous l'avons vu plus haut, le service est vaste. Pour faire l'évaluation, ou le suivi, l'équipe peut se déplacer dans les écoles pour observer l'enfant, pour rencontrer les professeurs. Elle peut également se rendre dans les autres groupes communautaires. Enfin, une fois l'évaluation faite, et les besoins des parents ciblés, le service prend également le rôle d'effectuer les démarches après la rencontre, donc sans la présence des parents. « Soit il faut qu'on appelle l'école, la garderie, le député parce que le parent a des problèmes et on essaie d'influencer pour que le parent ait un logement, soit on appelle l'aide sociale parce qu'ils ont des problèmes avec leur chèque, soit la ville de Montréal pour un HLM. On touche toutes les sphères. » (p.14, l. 24)

4.2.1.3.6 Évaluation interne ou externe

Les intervenants vont le plus souvent valider auprès des familles qui reçoivent les services leur degré de satisfaction. C'est une démarche néanmoins spontanée, donc l'évaluation est difficilement quantifiable et vérifiable. « Moi je dirais que le taux de satisfaction est quand même euh, assez bon. Parfois même élevé, les parents sont très contents d'avoir des services. » (p.7, l. 12)

4.2.1.3.7 Relations entre les intervenants et les bénéficiaires

La relation entre les intervenants et les parents et enfants sont à la base de la motivation du personnel. « Parce que même si le contexte du travail est morose, on trouve beaucoup de satisfaction auprès des familles. Parce que les familles vont nous le dire quand elles sont contentes. [...] Elles vont même nous offrir des cadeaux des fois. C'est vraiment touchant [...] quand on sait que c'est des familles des fois qui ont de la misère à joindre les deux bouts. » (p.15, l.30 et p.16, l. 1) La collaboration avec les familles fonctionne bien, surtout quand le parent vient de lui-même. La plus grande difficulté ici est de rejoindre les familles vulnérables, qui sont plus méfiantes vis-à-vis du service offert et des intervenants eux-mêmes.

4.2.2 CSSS 2

4.2.2.1 *Présentation du CSSS 2*

Nous nous sommes entretenue avec la chef de l'équipe psychosociale, qui est psychoéducatrice. Le service FEJ du CSSS 2 est divisé par tranche d'âges : 0-4 ans, 5-11 ans, 12-17 ans. La répondante est responsable du service des 0-4 ans. L'arrondissement du CSSS 2 a un taux d'habitants nés à l'extérieur du Canada largement inférieur à la moyenne montréalaise. La présence des familles monoparentales est dans la moyenne montréalaise, avec un nombre de 3790 (Montréal en statistiques, Recensement de 2006). L'arrondissement est décrit par la répondante comme étant défavorisé.

4.2.2.2 *Inscription institutionnelle*

4.2.2.2.1 Services impliqués

Le CSSS 2 travaille beaucoup en partenariat avec les centres communautaires, appelés également les organismes du milieu. Certains services offerts par le CSSS 2 vont se dérouler dans les organismes du milieu, faute de place au CSSS 2 lui-même. D'après la répondante, « ça aide beaucoup pour créer les liens, les contacts entre les organismes communautaires et le CSSS. » (p. 6, l. 7) Les partenaires sont ciblés en fonction de programmes spécifiques. Le programme Intervention Éducative Précoce (IEP) est un programme de la Santé Publique, qui a été desservi dans les CSSS de territoires donnés, selon des critères de vulnérabilité. Le CSSS 2 en fait partie. Un protocole d'entente avec les CPE est donc établi : « Ça permet à des enfants qui ont des difficultés d'avoir une place priorisée en CPE. Et inversement, les CPE font des références, et les enfants sont priorisés pour les services ici aussi » (p. 13, l. 13). Il existe également un programme de stimulation pour les enfants de 0 à 6 mois. Le CSSS 2 collabore avec le Centre jeunesse : « C'est avec une infirmière d'ici et une intervenante sociale du Centre jeunesse. [...]Souvent une clientèle qui est suivie par le Centre jeunesse l'est par nous aussi. » (p.13, l. 26) Ce programme de stimulation dure dix semaines. Les ateliers ciblent particulièrement le lien d'attachement parent-enfant, « parce que souvent [...]ce sont des gens qui viennent de la DPJ ou qui sont à la veille. » (p.13, l. 28) Cet atelier est le seul atelier structuré qui implique une intervention en partenariat. Il existe d'autres partenariats entre les

organismes et le CSSS 2, mais sans programme structuré. D'autre part, l'hôpital fait des références pour des mères qui viennent d'accoucher. La DPJ travaille également en partenariat : « On a beaucoup de dossiers avec la DPJ. [...] C'est quand même une partie de nos suivis qui est assez importante. C'est des deux bords aussi, dans certains de nos dossiers, malheureusement, il faut faire des signalements. » (p.14, l. 18) La répondante note la méfiance des familles face au CSSS, à cause du lien existant avec la DPJ : « Pour eux, CSSS égale DPJ. [...] Si une infirmière rentre chez eux, ça veut dire qu'elle va signaler, et ça veut dire qu'elle va enlever mon bébé [...] C'est très présent. Ils sont super méfiants. » (p.4, l. 30)

4.2.2.2.2 Participation parentale à la décision d'intervention

La participation parentale à la décision d'intervention dépend de la situation et du besoin. Si la famille nomme un besoin, un plan d'intervention sera établi conjointement entre la famille et les intervenants au dossier. En revanche, plusieurs programmes sont structurés, avec un contenu pré-établi. Des rencontres de groupe sont effectuées. Le but est de transmettre de l'information (sur l'allaitement, sur la discipline, etc.) et de briser l'isolement, donc les parents ont aussi la place pour poser des questions et intervenir. « Le groupe c'est bon pour briser l'isolement, plus tout l'enseignement. [...] On est dans un contexte un peu difficile de pauvreté et [...] souvent les gens aiment se retrouver en groupe. » (p.3, l. 27) Dans la plupart des cas, la présence et la participation des parents sont volontaires. Seuls les parents référés par la DPJ doivent suivre un ou plusieurs programmes.

4.2.2.2.3 Statut et formation des intervenants

Comme la répondante s'occupe du service des enfants de 0 à 4 ans, plusieurs interventions sont en lien avec le nouveau-né. Celles-ci sont principalement effectuées par des infirmières, des conseillères en lactation pour l'allaitement et des marraines d'allaitement, qui sont bénévoles. En ce qui concerne la petite enfance, l'équipe est composée de travailleurs sociaux, de psychoéducateurs, d'une orthophoniste, et d'auxiliaires familiales, appelées les services d'Auxiliaires Familiales et Sociales (AFS).

Dans cette équipe, on compte trois AFS, deux femmes, un homme. La répondante insiste sur le fait que l'équipe est surtout composée de femmes, mise à part le seul AFS de sexe masculin. Elle mentionne qu'« il y a des femmes qui font de la résistance [...] surtout avec la clientèle immigrante [...] elles vont refuser ». Elle nomme en revanche l'avantage pour les familles d'avoir un intervenant de sexe masculin. « Dans les familles où il n'y pas de modèle masculin, ou quand le modèle masculin est super négatif. Pour eux, tous les hommes sont pareils [...] Pour montrer que non, tous les gars ne sont pas des écœurants. Ils peuvent avoir de l'allure. » (p. 9, l. 1) Le roulement de personnel est dit être important : « ah ça c'est l'enfer. Ah non, en ce moment, on est l'équipe la plus hypothéquée. Très difficile. J'ai du monde en maladie, j'ai du monde en place, mais qui sont plus ou moins fonctionnel donc ça crée des tensions dans l'équipe. Au niveau infirmières, c'est la catastrophe. Au niveau social, on n'en parle même pas, on ne nous remplace pas. C'est l'enfer. Non à ce rythme-là, une semaine, deux semaines, bon, mais quand ça fait des mois que ça dure, non, on a une équipe qui est fatiguée. Là je dirai que depuis 6 mois c'est difficile. » (p. 16, l. 24)

4.2.2.2.4 Encadrement et supervision des intervenants

Les intervenants ont une formation académique antérieure, ou alors ils ont plusieurs années d'expérience. Une conseillère clinique, avec la répondante qui est psychoéducatrice, va assurer le soutien clinique des intervenants. D'après la répondante, le travail pour supporter l'équipe « aide », mais pourrait être plus important, étant donné certains cas difficiles. « Mais c'est sûr que quand la fille va à domicile, elle est toute seule. Souvent, la fille quand elle sonne à la porte, elle ne sait jamais ce qu'elle va voir. Et on a eu des méchantes surprises. » (p. 17, l. 2) Elle nomme que son service « a de la pression supplémentaire de travailler avec du risque, on travaille avec de bébés là. La vulnérabilité est super importante. » (p. 16, l. 31) En revanche, il est précisé que l'équipe est plus solide au niveau clinique, « parce qu'elle fait une bonne évaluation au début, et (l'intervenante) est soutenu tout au long du suivi. » (p. 12, l. 26)

4.2.2.3 Choix stratégique et procédures

4.2.2.3.1 Cadre théorique d'intervention

La répondante dit travailler en systémique : « tu travailles avec toute la famille. Tout le monde travaille ensemble. » (p. 10, l. 21) Le CSSS 2 doit respecter le souhait du parent, à savoir ne pas intervenir si le parent n'est pas prêt. Les intervenants restent néanmoins à la disposition du parent. « Souvent il y a de la résistance par rapport à la travailleuse sociale (TS). On respecte ça, si la famille n'est pas prête à travailler les suggestions de la TS, elle va se retirer. Mais elle est quand même connue de la famille. » (p. 12, l. 19) Si les intervenants sentent une réticence de la part des parents, mais qu'ils jugent que le besoin est là, ils peuvent tenter d'insister, parfois de manière indirecte, pour essayer de créer un lien de confiance. « Souvent elles vont essayer d'avoir une deuxième visite, elles vont trouver un argument [...] comme aller peser le bébé dans deux jours, bon elles vont inventer quelque chose pour revenir. » (p. 4, l. 14)

4.2.2.3.2 Lieu, fréquence et durée

Les rencontres individuelles peuvent se faire au domicile des familles ou au CSSS 2, dépendant de l'intervention prévue. À la naissance d'un enfant, une infirmière se rend systématiquement au domicile. Un service de répit est offert, et celui-ci est effectué au domicile. Les rencontres de groupe se font soit au CSSS 2, soit dans le milieu. La fréquence et la durée des rencontres varient selon le besoin, et une évaluation est faite aux quatre ou cinq semaines. Donc la durée peut varier entre une demi-journée par semaine, ou deux demi-journées par semaine, puis espacer le temps progressivement. L'évaluation est faite en fonction du besoin de la famille, mais aussi en fonction des besoins des autres familles. « C'est sûr que des fois il faut qu'on priorise des besoins. Par exemple, si on offre un service deux fois par semaine à une famille, ben on pourra couper à une fois par semaine pour permettre à une autre famille d'avoir du service. Mais on évalue toujours selon les besoins et puis l'urgence. » (p. 9, l. 33) Pour les programmes structurés en revanche, la durée et la fréquence sont systématiques. Nous allons présenter chaque programme dans la partie Activités effectuées, donc nous ne donnerons pas plus de détails ici.

4.2.2.3.3 Motifs à l'origine de l'intervention et modalités interculturelles

L'équipe du service FEJ prend contact systématiquement avec les mères qui viennent d'accoucher. Cette intervention fait partie de leur mandat. « Quand les femmes accouchent, on est tenu par la loi, quand on reçoit l'avis de naissance de donner un coup de fil au moins dans les 48 à 72 heures au domicile. » (p. 4, l. 32) Une infirmière fait une évaluation au téléphone, et elle va proposer une première visite. Les intervenants vont également porter une attention particulière sur la zone dans laquelle la naissance est annoncée. D'après la répondante, certaines zones sont connues pour avoir un plus grand nombre de familles en difficulté. « Puis on a des repères aussi, ici on a des rues où il y a plus de pauvreté, on sait qu'il y a plus de difficultés. Fait que là les filles portent attention quand elles voient que c'est des avis de naissances de zones sensibles. L'infirmière va essayer de pousser quand elle voit ça. Au moins qu'on aille voir à domicile. » Le premier contact peut donc être initié par le CSSS 2. Ensuite, la famille reste libre d'accepter ou non l'aide offerte. Dans d'autres cas, les familles se présentent au CSSS d'elles-mêmes, soit pour un programme spécifique (OLO, SIPP), soit pour des demandes d'aide plus précises, comme des problèmes d'organisation à la maison, ou de discipline par exemple. La répondante nomme surtout les familles en difficulté, avec des modèles inadéquats. « Il y a des mères qui sont complètement débordées, elles ne savent pas quoi faire. Tu sais, elles n'ont pas eu de modèle. On est dans des familles qui n'ont pas eu de modèles parentaux. » (p. 9, l. 8) Le lien d'attachement entre la mère et l'enfant est également un motif qui est à l'origine de certaines interventions. « Parce que souvent dans nos dossiers c'est beaucoup des cas de négligence. Bon, de la négligence physique, oui, mais souvent c'est de la négligence émotionnelle. » (p. 12, l. 34) La répondante explique que certaines mères, particulièrement les jeunes mères (en bas de 20 ans) ont l'impression d'avoir pour seule réussite leur enfant. Dès que celui-ci prend de l'autonomie, ce passage vers l'indépendance est mal accepté de ces mères. Il existe un service d'allaitement, proposé dans un organisme communautaire. La répondante démontre que ce premier objectif est rempli d'autres par la suite. En effet, il s'agit d'un service ouvert au public, donc « on voit vraiment toute sorte de monde [...] Tas de la clientèle immigrante, des gens qui sont plus articulés, plus outillés, puis tas des femmes qui sont plus démunies. » (p. 5, l. 30) La répondante note également que le fait que le service soit offert à l'extérieur du CSSS attire beaucoup de monde, contrairement à ce qui était attendu. « Finalement, depuis qu'on fait ça dans le milieu, beau temps, mauvais temps, il y a toujours plein de monde. » (p. 6, l. 14)

Concernant les modalités interculturelles, elles ne sont pas, d'après la répondante, un défi dominant dans le secteur. « Les gens qui arrivent ici en immigration, c'est plus une immigration reçue. » (p.2, l. 20) Elle mentionne néanmoins que la clientèle immigrante est prise en compte, surtout en fonction du parcours migratoire. « C'est comme par exemple quelqu'un qui arrive du camp de réfugiés. » (p. 2, l. 18) En revanche, quand il s'agit de faire déplacer un intervenant masculin au domicile, les femmes refusent parfois. Il y a des femmes qui font de la résistance [...] Surtout avec la clientèle immigrante. Les mesdames du pays du Maghreb. » (p.8, l. 32) Les intervenants respectent ce refus, et s'arrangent alors autrement. Mais l'occurrence n'est pas très importante. La mise en place de structure spécifique en lien avec les modalités interculturelles ne semble pas nécessaire.

4.2.2.3.4 Méthodes pédagogiques

Nous avons vu qu'il existe des programmes structurés, pour une clientèle ciblée. Nous en décrivons les critères et le déroulement plus loin. Les intervenants respectent le choix du parent, à savoir s'ils veulent de l'aide ou non. Même si l'intervenant juge qu'il y a un besoin, si le parent n'est pas ouvert, il ne peut aller à l'encontre du vœu du parent. Sauf dans le cas d'une famille référée par la DPJ. Dans ce cas-ci, le plan d'intervention est mis en place conjointement avec les intervenants du CSSS 2, de la DPJ et des parents. Les intervenants ont différents mandats. Ceux qui se déplacent au domicile vont offrir du répit aux familles, de l'aide pour l'organisation à la maison : « Organiser la chambre, placer les affaires pour que ce soit efficace, aider dans la routine. Mettons, bon là c'est l'heure du repas, comment on s'organise. » (p. 8, l. 6) Les intervenants peuvent également suivre des familles pour faire du 'modeling' : « mettons dans le jeu, la mère n'est pas très habile ou ne sait pas trop quoi faire, et bien l'intervenant va faire son plan d'intervention, et l'auxiliaire à domicile va pouvoir appliquer tout ça. » (p. 7, l. 32) D'autres intervenants peuvent offrir un service d'accompagnement : « Elle va prendre le métro avec la mère et ses enfants, pour lui montrer que oui, ça se fait avec des enfants. [] Elles peuvent aussi accompagner dans des ressources, pour faire connaître des banques alimentaires, certains magasins qui pourraient l'aider. » (p. 9, l. 13) Les auxiliaires familiales et sociales (AFS) sont responsables de ce type de mandat. La répondante nomme que l'intervention principale dans ce CSSS 2 est de la psychoéducation. Pour les parents qui se présentent directement

à l'accueil psychosocial, c'est une intervenante qui fait l'évaluation. La répondante mentionne que « ça peut être des problèmes de tout ordre. C'est surtout la discipline [...] l'encadrement des 0-4 ans. » (p. 14, l. 7)

4.2.2.3.5 Partenaires familiaux

La répondante met l'emphasis sur le fait que les mères avec lesquelles elle intervient ont une image négative des hommes. D'où l'intérêt d'avoir un intervenant masculin, pour rétablir cette perception, même si à un moindre degré. Notons que dans ce service, la plupart des activités sont ouvertes aux hommes et aux femmes. Les programmes structurés en revanche s'adressent aux mères uniquement. Il n'y a aucun service spécifique pour le père.

4.2.2.3.6 Activités effectuées

Programmes ciblés, en groupe

Le CSSS 2 propose le programme OLO. Rappelons ici que les critères sont décrits dans la présentation du CSSS 1. La majorité des femmes qui suivent ce programme sont sous-scolarisées et ont des problèmes de pauvreté. Ce programme est ouvert aux familles éligibles, et les mères viennent sur une base volontaire. C'est une infirmière qui va rencontrer les mères dans un premier temps, pour faire une évaluation. L'évaluation permet d'établir le type de suivi. Il peut s'agir d'un suivi individuel dans le cas d'une grossesse à risque, où la femme doit rester allongée. Dans ce cas, l'infirmière se déplace au domicile, et un suivi régulier est mis en place, dépendant du besoin. Sinon, dans 95 % des cas, des rencontres en groupe sont proposées, aux trois semaines. Ces groupes sont animés par une infirmière et une nutritionniste. Elles vont distribuer des coupons-rabais, et renseigner les mères sur la grossesse, sur le développement, sur la préparation à l'accouchement. Ce programme est basé sur une participation volontaire. La répondante mentionne que parfois le suivi est court : « Il y a des femmes qui peuvent venir au début, pour récupérer les coupons et puis qui quittent. » (p. 3, l. 15) En revanche, elle note une participation de 20 à 25 personnes à chaque rencontre en moyenne, et que les femmes

sont « vraiment assidues. » (p.3, l. 25) La répondante ajoute que le programme permet également de briser l'isolement, et « souvent les gens aiment ça se retrouver en groupe. » (p. 3, l. 29)

Le programme intitulé « Services Intégrés en Périnatalité et en Petite-enfance » (SIPP) est également un programme standardisé d'un CSSS à un autre, pour ceux qui l'offrent. Les critères seront donc exposés une seule fois : le programme s'adresse aux femmes âgées de moins de 20 ans, sous-scolarisées, immigrantes de moins de 2 ans, ayant des problématiques telles que la toxicomanie. Le programme est ordonné par la santé publique. La mère est suivie pendant la grossesse aux deux semaines, puis à la naissance de l'enfant, il y a toujours une visite aux deux semaines pendant la première année de l'enfant. L'objectif est alors surtout d'assurer un lien entre la mère et l'enfant. Après un an, le suivi se fait aux deux mois. La répondante mentionne cependant que « Ça c'est dans le meilleur des mondes. Dans la réalité, en prénatal on réussit à maintenir un rythme aux 2-3 semaines. » (p. 11, l. 20) Elle nomme également qu'à la naissance, il peut surgir une réticence de la part des parents. Elle souligne que le suivi est important, et qu'il peut être imposant pour les familles. Le suivi peut être réévalué en fonction des besoins de la famille également.

Interventions libres, en individuel

Dès qu'une naissance est annoncée au CSSS 2, une infirmière du service doit appeler au domicile du nouveau-né dans les 48 à 72 heures. Elle offre une visite au domicile, et c'est là souvent que l'évaluation va se faire. « Parce que souvent quand on va au domicile c'est comme : Oh ! Là il y a un choc. Il y a d'autres enfants, c'est sale, les filles ont un feeling quand même. » (p. 4, l. 12) Si la mère est d'accord, l'infirmière va lui suggérer un suivi au niveau psychosocial. Les AFS vont intervenir pour aider dans l'organisation, pour faire du modeling, pour rassurer et mettre la mère en confiance. Les services individuels proposent donc des activités d'enseignement, sur le développement de l'enfant par exemple ; des interventions de type modeling, en lien avec la relation mère-enfant, le jeu, la discipline ; un service d'accompagnement ; une aide à domicile pour l'organisation familiale. Tous ces services sont connus des parents suite à l'avis de naissance, ou par du bouche-à-oreille. La publicité écrite est peu importante. La répondante explique que le

service est très connu. Par ailleurs, elle souligne le risque de faire une publicité trop importante : « Il faut faire attention avec la publicité, si on ne peut pas fournir après [.] On ne peut pas créer un besoin, puis ne donner aucune suite. Surtout avec une clientèle vulnérable comme on a ici. Il faut garder leur confiance. Leur vie souvent, ce n'est que des ruptures, il ne faut pas qu'on ait ce rôle. » (p. 15, l. 21) La répondante mentionne enfin que le CSSS 2 est connu, il est la porte d'entrée aux services sociaux, et les gens le savent.

4.2.2.3.7 Évaluation interne ou externe

Une évaluation interne est basée sur les statistiques des intervenants, à savoir le nombre de rencontres effectuées, le nombre de familles suivies. La répondante nomme en revanche que « tout ce qui est administratif ça n'aide pas. » (p. 16, l. 21)

4.2.2.3.8 Relations entre les intervenants et les bénéficiaires

Dans certains programmes structurés, comme dans le SIPP, les familles vont montrer plus de résistance avec la travailleuse sociale qu'avec l'infirmière par exemple. De plus, les parents ne nomment pas toujours leurs besoins, même s'ils sont criants. « Souvent pour elles, il n'y en a pas de problèmes. Tu sais, le logement est insalubre, le grand de trois ans ne parle pas, la mère vit de la violence, le conjoint consomme, mais tout va bien! Ça c'est difficile. » (p. 16, l. 5) Il est alors plus difficile pour les intervenants de créer un lien. D'autres familles n'ont aucune reconnaissance pour les intervenants, ce qui est une difficulté que les intervenants vivent. En revanche, hormis certaines familles vulnérables, le retour des familles est positif. « Tout le reste, ça va bien, les familles apprécient, remercient tout le temps. » (p. 16, l. 14) La répondante ajoute que la clientèle immigrante est également reconnaissante : « Aussi d'avoir la clientèle immigrante, elle est vraiment sympathique. » (p. 17, l. 13)

Les intervenants vivent une pression certaine, pour différentes raisons. D'une part, les mères qui viennent d'accoucher ont leur congé au bout de vingt-quatre heures, ce qui est très court selon la répondante. « Les filles sentent une pression pour faire les visites à domicile. Parce que là elles se disent ben s'il se passe quelque chose, euh ça c'est assez

particulier, c'est un nouveau contexte. » (p. 7, l. 22) La pression est un thème qui revient souvent. « C'est sûr que les intervenants vivent de la pression, le manque de ressources, les avis de naissance ont augmenté, mais pas le personnel, en ce moment on a du monde malade.ça c'est sûr qu'il y a une pression. » (p. 16, l. 16) À cause du roulement important de personnel, du manque de ressources, de la clientèle vulnérable et à risques (travail avec des bébés), l'épuisement est important. « Mais il y a de l'épuisement. Je ne sais pas si vous avez fait le tour, mais le réseau est fatigué. Sans parler de la fusion, ça c'est pire que tout [.].Non, nous autres, on ne voit que les désavantages. On n'a pas le choix, on est là-dedans, les familles sont là, et les besoins aussi. » (p.17, l. 7) Mais la répondante ajoute : « Mais bon, on aime ça pareil. » (p. 17, l. 19)

La répondante nomme que la prévention pourrait être plus efficace s'il existait un groupe de parents-enfants. Ce groupe ne se donne plus, faute de ressources (place, personnel, temps). « Ben on éviterait peut-être certaines difficultés plus tard [.].Parce que c'est beaucoup hein, c'est beaucoup de temps faire du groupe. C'est de l'énergie! C'est sûr qu'à long terme c'est payant. » (p. 15, l. 11)

4.2.3 CSSS 3

4.2.3.1 *Présentation du CSSS 3*

Nous nous entretenons avec le conseiller clinique. Le quartier est majoritairement francophone et homogène. Avec l'arrondissement du CSSS 1, il présente la plus faible concentration d'immigrants des 129 arrondissements de la ville de Montréal. Il connaît néanmoins une augmentation de la population allophone, qui vient principalement d'Italie, des Philippines ou du Royaume-Uni. Ainsi, on y retrouve une plus forte concentration de personnes bilingues que dans l'ensemble de la ville de Montréal. Les services sont donc offerts pour la clientèle anglophone ainsi que pour la clientèle francophone. Le recensement de Montréal en statistiques (2006) note une croissance des familles avec enfants (4280) et des familles monoparentales (2620) dans l'arrondissement, en lien notamment avec la construction de nouvelles unités résidentielles.

4.2.3.2 Inscription institutionnelle

4.2.3.2.1 Services impliqués

Un des mandats du CSSS 3 est d'être en lien avec toute la communauté. La collaboration avec d'autres réseaux est importante. Le réseau communautaire, le réseau scolaire, le réseau institutionnel (Centre jeunesse et hôpitaux) travaillent étroitement avec le CSSS 3 en lien avec les problématiques familiales. La collaboration se fait de différentes manières. Les réseaux peuvent solliciter de l'aide de la part des professionnels du CSSS 3. « Certaines écoles vont discuter de cas particulier et vont demander le soutien du CSSS. » (p. 3, l. 23) Il est également possible que les réseaux réfèrent les familles au CSSS 3 : « Donc la direction de l'école, l'enseignant ou le professionnel qui rencontre la famille doit discuter des difficultés, et offrir de venir chercher de l'aide au CSSS. » (p.3, l. 36) Certains programmes structurés sont proposés en partenariat avec le milieu communautaire. Le principe de partenariat est donc actif. Il présente cependant certaines difficultés, tant pour le CSSS 3 que pour les autres réseaux. Le répondant explique par exemple des limites liées à la confidentialité : « L'école voudrait savoir quelles sont les familles que l'on suit, et bon, ça pose toujours certaines difficultés. » (p.3, l. 25) Il nomme également une autre difficulté, au niveau des références. En effet, lorsque les écoles par exemple vont référer une famille, les professionnels du CSSS 3 ne sont pas toujours au courant de la situation précisément avant de rencontrer la famille. « Des fois on se rend compte que les choses n'ont pas été nommées aux parents. Et là nous on nomme les choses aux parents, mais on ne les a pas constatées chez choses-là [...] donc ça peut être inconfortable. » (p.4, l.33) La référence peut être faite soit par écrit ou une rencontre est faite avec les intervenants du CSSS 3 et ceux de l'école. Le répondant nomme que les références écrites mènent plus souvent à des situations délicates, surtout quand le parent ne sait pas forcément pourquoi il est là. « C'est pour ça, des fois les parents, bon, quand eux ne voient pas de problèmes chez eux, quand on leur dit qu'ils devraient aller consulter, ils ont de la difficulté avec ce principe-là, parce qu'ils ne voient pas le problème comme leur appartenant. » (p. 4, l. 17) Le répondant ajoute que les réseaux ont chacun leurs priorités et leurs mandats, donc ils restent flexibles, même si le fonctionnement n'est pas parfait. « Ils [l'école] gèrent un milieu de vie et il y a beaucoup de choses qui se passent dans ce milieu. C'est pour ça qu'on accepte aussi de faire le système de référence par écrit. » (p. 5, l. 1) La collaboration est forte, avec ses avantages et inconvénients. Il est nommé également qu'une réticence envers les services sociaux est présente. Le défi est de

créer un lien de confiance, afin d'accéder à certaines familles plus vulnérables. « Parce qu'il y a quand même une certaine crainte envers les gens des services sociaux : crainte de se faire enlever ses enfants. Donc tout ce mythe est présent, certains vont être plus réticents à venir chercher de l'aide. » (p. 8, l. 28)

4.2.3.2.2 Participation parentale à la décision d'intervention

Les parents sont volontaires la plupart du temps. Quand les parents sont référés par d'autres organismes, le répondant mentionne qu'ils sont parfois plus réticents, car « ils [les parents] se sentent souvent obligés de venir consulter parce que bon, il y a beaucoup d'appels, beaucoup de menaces, des fois de suspension de l'élève à la maison, donc les gens acceptent de venir consulter, mais des fois sous pression. » (p. 4, l. 2) Le plan d'intervention est mis en place selon les besoins nommés par la famille. Les intervenants vont également commencer l'intervention avec le besoin le plus urgent. « Il faut distinguer dans le problème quelle intervention est la meilleure, conjugale, ou parentale. » (p. 5, l. 32) Le répondant nomme que la clientèle de classe moyenne va se présenter le plus souvent d'elle-même. La clientèle vulnérable, en revanche, ne reconnaît pas toujours qu'elle a des besoins. Elle est donc plus difficile à rejoindre.

4.2.3.2.3 Statut et formation des intervenants

Dans le service FEJ, l'équipe est divisée en deux groupes d'âge : les 0-5 ans et les 6-12 ans. L'équipe des 0-5 ans est dite multidisciplinaire, composée de travailleuses sociales, de psychoéducatrices, et d'infirmières. Les travailleurs sociaux sont majoritaires dans le FEJ, et le milieu est majoritairement féminin. Il est mentionné qu'il y a un roulement de personnel important, principalement en raison de congés de maternité et de paternité en grand nombre. Les congés de maladie pour épuisement professionnel font aussi partie de la réalité.

4.2.3.2.4 Encadrement et supervision des intervenants

Les intervenants sont engagés en fonction de leur formation académique. Il existe cependant des mesures d'intégration et de soutien pour le nouveau personnel : « Quand on a un nouvel intervenant, on a certaines mesures pour l'intégrer et le soutenir professionnellement. On a de la supervision clinique de groupe, de la supervision individuelle. » (p. 9, l. 2) La supervision clinique existe également pour tous les intervenants : « C'est pour ça qu'on a de la supervision clinique aussi pour aider les intervenants à aider les gens à devenir le plus autonome possible. » (p. 8, l. 23) Le répondant juge les mesures de soutien aux intervenants efficaces : « On a des bonnes mesures pour aider les intervenants à faire avancer les familles. » (p. 9, l. 13)

4.2.3.3 *Choix stratégique et procédures*

4.2.3.3.1 Cadre théorique d'intervention

Le répondant indique que l'approche est familiale. De plus, il dit que l'approche est systémique, entendant par là « une approche qui est vraiment centrée sur les difficultés relationnelles. Et on travaille avec les familles. On évalue ce qui pose problème, mais on va regarder le tout sous une lumière systémique. » (p.5, l. 6) L'intervention vise également l'autonomie des familles, « parce qu'il y a aussi une dépendance des fois qui s'installe. » (p. 8, l. 23) Les intervenants sont donc soutenus et supervisés cliniquement dans ce sens. Le répondant mentionne qu'un des mandats du CSSS est la prévention et la promotion de la santé globale. Cependant, il ajoute que dans le contexte actuel des évaluations des intervenants par l'Agence, la prévention n'est pas toujours mise au premier plan. Par exemple, les interventions de groupe existent de moins en moins, non pas parce qu'ils ne sont pas reconnus comme ayant un impact positif sur la prévention, mais pour la raison qui suit : « quand on fait une intervention de groupe, elle est comptée pour une statistique. Donc même si on a rencontré dix personnes, ben on se dit 'ce n'est pas payant', parce qu'on va nous juger au nombre. » (p. 9, l. 32) Quand les intervenants sont jugés non performants, des postes peuvent être supprimés.

4.2.3.3.2 Lieu, fréquence et durée

Le service FEJ est offert aux familles en principe sept jours par semaine. Les interventions individuelles se font soit au CSSS 3, soit au domicile, ou encore à l'école, au choix des familles. Le répondant mentionne que l'intervention à domicile a l'avantage de mieux connaître le fonctionnement des familles : « C'est sûr que des fois ça nous aide à évaluer si bon, il y a des difficultés au niveau du fonctionnement normal de la routine. » (p. 5, l. 12) Au niveau de la fréquence, les interventions individuelles varient selon le besoin de la famille. « Nous on n'a pas de balises [...] nous ici on y va vraiment en fonction du besoin. » (p. 5, l. 17) Quant à la durée, c'est aussi en fonction des besoins. Le répondant nomme que certaines familles sont suivies depuis des années, il parle de « tradition de consulter. » (p. 8, l. 19) Il ajoute cependant que c'est justement un point sur lequel les intervenants travaillent avec les familles, à savoir les rendre plus autonomes, car « il y a aussi une dépendance des fois qui s'installe. » (p.8, l. 23)

4.2.3.3.3 Motifs à l'origine de l'intervention et modalités interculturelles

La plupart des interventions sont faites suite à la demande des familles à l'accueil psychosocial. Selon l'évaluation de la situation, la famille sera dirigée vers le bon service. Les demandes d'aide peuvent être en lien avec un enfant qui est agressif, ou qui a des troubles de comportement. Avec les familles recomposées, les familles divorcées, les relations à gérer sont plus importantes. Le répondant nomme que c'est un défi actuel, qui a des répercussions directes sur les enfants. « On voit beaucoup de problèmes reliés à des dislocations familiales, des conflits dans les familles, les enfants qui sont pris dans ces conflits-là. Donc des problèmes d'anxiété surgissent face à certaines difficultés en lien avec des séparations [...] Mais quand la famille est recomposée, là on a le double de relations à gérer. Et on a plus de chances d'avoir des malentendus. » (p.5, l. 21) D'autres demandes d'aide sont formulées pour bénéficier d'un soutien financier, ou pour des besoins matériels. Certains programmes structurés visent une clientèle vulnérable, soit les mères de moins de 20 ans, des familles socio-économiquement faibles, ou encore des familles qui sont référées par d'autres organismes, dans le milieu communautaire ou public.

Pour les modalités interculturelles, bien que le quartier soit majoritairement francophone et homogène, la clientèle allophone augmente. Le répondant mentionne que

l'intervention interculturelle présente un nouveau défi. « Comment arriver à bien intégrer la population allophone. » (p. 8, l. 7) Il nomme également la réticence de la population allophone à faire appel à l'aide du CSSS 3 : « Ce n'est pas dans leur culture de venir chercher de l'aide [...] Les problèmes se règlent en famille. Ils vont plutôt nommer des besoins matériels. » (p. 8, l. 31) Le défi est de plus en plus présent, et il est mentionné que la petite-enfance est particulièrement ciblée par les programmes d'intervention : « La petite enfance est très ciblée. Il y a une recherche sur la maturité scolaire, avec environ 30 % des enfants qui n'étaient pas assez matures pour la rentrée. [...] Mais cette étude démontre aussi qu'il y a beaucoup de familles allophones, donc l'intégration, la langue, font que les enfants ne sont pas tous prêts à intégrer le réseau. » (p. 10, l. 15)

4.2.3.3.4 Méthodes pédagogiques

Selon la demande de la famille, les intervenants font les interventions individuelles, conjugales ou familiales soit au domicile ou au CSSS 3. Certaines interventions peuvent également se faire à l'école. De manière générale, c'est aux parents de demander de l'aide, à travers l'accueil psychosocial. Les familles peuvent également être référées par d'autres organismes. Le service FEJ propose des services individuels familiaux ou conjugaux, des services de groupe, ou des programmes structurés sur un thème précis. Les familles sont mises au courant grâce à la distribution de dépliants dans les écoles, ou dans des lieux publics comme les pharmacies par exemple. Le répondant note que le service FEJ aurait aimé que les dépliants soient distribués dans tous les domiciles, mais la demande n'a pas été acceptée, car trop coûteuse. Le répondant nomme une insatisfaction à ce sujet : « On nous dit qu'il faut rejoindre les gens, mais il n'y pas de mesures pour nous aider à le faire. Nous on se rend compte qu'il y a des gens qui ne savent pas que ces services existent. Mais l'investissement social ne suit pas. C'est un vrai paradoxe. » (p.10, l. 24) Un décalage entre l'objectif attendu et les moyens pour l'atteindre est donc souligné.

4.2.3.3.5 Partenaires familiaux

Pour les interventions familiales, l'approche systémique étant privilégiée, les deux parents participent à l'intervention. Pour les programmes ciblés, certains visent les femmes uniquement, celles-ci étant enceintes ou ayant des nouveau-nés.

4.2.3.3.6 Activités effectuées

Programmes ciblés, en groupe

Le CSSS 3 propose les programmes OLO et SIPP que nous avons présentés plus haut. Rappelons que ces programmes sont structurés et standardisés, donc les modalités sont les mêmes d'un CSSS à un autre.

Il existe un volet d'intervention de groupe, qui cible la prévention de la négligence, en partenariat avec le milieu communautaire. Notons ici que c'est le Centre jeunesse anglophone qui a approché le CSSS 3, suite à un nombre important de signalements au niveau de la négligence chez la clientèle anglophone d'un certain quartier. Ce projet propose un groupe de stimulation précoce pour les 0-4 ans, et un groupe de parents pour les parents d'enfants de 0 à 12 ans. Ce service est anglophone. Le programme de stimulation précoce vise à informer le parent sur le développement de l'enfant, ses besoins, les stades de développement. Le groupe de parents des 6-12 ans travaille sur les habiletés parentales, sur l'entraide entre les participants afin de briser entre autres l'isolement.

Pour la clientèle francophone, un groupe de parents est offert pour les parents ayant des enfants souffrant de trouble du déficit de l'attention et d'hyperactivité. Nous n'en donnerons pas plus de détails ici, car nous rappelons que nous nous centrons sur les familles sans problématiques ciblées.

Pour la clientèle anglophone et francophone, une intervention de groupe est proposée dans les écoles, pour les parents des enfants qui vont commencer la maternelle. « Donc on invite les parents à venir avec leur enfant assister à des ateliers qui visent à préparer l'enfant à entrer à la maternelle. » (p. 7, l. 5) Ce sont des travailleurs sociaux du CSSS 3 et des professionnels de l'école qui le donnent.

Enfin, il existe un volet d'intervention de groupe pour les enfants qui sont témoins ou qui vivent de la violence familiale et/ou conjugale ou la séparation. Le répondant nomme qu'un projet est en train de se mettre sur pied pour offrir un groupe pour les parents et les enfants qui vivent une séparation conjugale.

Interventions libres, en individuel

Le répondant nomme qu'environ la moitié des demandes d'aide proviennent de l'accueil psychosocial, donc la demande vient de la famille elle-même. L'autre moitié serait référée par les partenaires. Selon les situations, les intervenants peuvent se rendre au domicile, à l'école, ou encore au Centre de petite-enfance. Les intervenants vont également intervenir chez d'autres professionnels, pour les familles. « La psychoéducatrice aussi a ce rôle-là, de donner du soutien aux Centres de petite enfance qui se retrouvent des fois avec des situations où ils ont besoin d'un soutien plus professionnel. » (p.3, l. 7) L'intervention au niveau des familles est conjugale ou familiale. Elle va être axée sur les valeurs du couple ou encore sur les habiletés parentales.

4.2.3.3.7 Évaluation interne ou externe

Il existe une évaluation de la performance des intervenants. C'est une méthode qui est appliquée depuis quelques années seulement. « Donc là on est régi par des indices de performance et d'efficacité. » (p 9, l. 22) Cette approche est mal reçue par le personnel : « les intervenants sont pas mal allergiques à ce système. C'est en contradiction avec les principes de l'intervention. » (p.9, l. 27) L'évaluation donne un certain résultat, mais il n'est pas toujours représentatif de la réalité sur le terrain : « on est plus jugés sur les interventions qu'on fait. Par exemple, quand on fait une intervention de groupe, elle est comptée pour une statistique [...] même si on a rencontré 10 personnes. » (p. 9, l. 30) Ainsi, les résultats affichent une performance moindre que la réalité. Aucune autre évaluation sur l'impact des interventions sur les familles n'est effectuée actuellement.

4.2.3.3.8 Relations entre les intervenants et les bénéficiaires

Comme mentionné dans la partie des services impliqués, le partenariat peut présenter une difficulté de communication entre les parents et les intervenants du CSSS 3. En effet, les parents sont référés par l'école, et donc ne viennent pas d'eux-mêmes. Les problèmes ne leur sont pas toujours nommés avant la rencontre avec les intervenants du CSSS 3. En fait, quand le parent est volontaire, la relation est dite positive; ce sont en revanche les familles qui viennent malgré elles avec qui les intervenants ont plus de difficultés à créer un lien de confiance.

4.2.4 CSSS 4

4.2.4.1 *Présentation*

L'entretien est réalisé avec une infirmière, qui est également assistante au responsable de service FEJ. La clientèle du quartier est décrite par la répondante comme étant « plutôt régulière » (p.9, l. 1), entre autres à cause des loyers importants, avec peu de clientèle vulnérable. La clientèle vulnérable dans ce quartier comprend les jeunes de moins de 20 ans qui ont des enfants. Selon le recensement de Montréal en statistiques (2006), la concentration de la population immigrante est inférieure à la moyenne de la ville. Le nombre de couples avec enfants est de 10560, alors que le nombre de familles monoparentales se rapproche de celui de l'arrondissement du CSSS 1(7965), soit 7395 familles monoparentales.

4.2.4.2 *Inscription institutionnelle*

4.2.4.2.1 Services impliqués

La collaboration entre les différents services se fait autant des centres externes (organismes communautaires, hôpitaux, Centres de la petite enfance (CPE), etc.) vers le CSSS 4 que du CSSS 4 vers les centres externes. Concernant les références du CSSS 4 vers les organismes externes, il existe plusieurs modes de références, selon les besoins des familles. Par exemple, ce CSSS est ouvert de jour. Toutes les familles ne peuvent pas

se rendre au CSSS 4 pendant leurs propres heures de travail. Pour permettre au plus grand nombre de familles d'avoir des services, le CSSS 4 travaille en partenariat avec les organismes communautaires du quartier. « Donc ça demande de la part des gens une certaine disponibilité je dirais pendant nos heures d'ouverture. [...] Donc ils ont d'autres alternatives qui leur sont offertes. » (p. 2, l. 22) Notons que les références se font en fonction du besoin, et que tous les organismes communautaires ne peuvent offrir les mêmes services qu'au CSSS 4. Ainsi, selon les services et les besoins, les familles peuvent être référées. Un autre objectif du partenariat vise à encourager et aider les familles à se créer un réseau. Ainsi, lors de la première visite à domicile, une liste des organismes communautaires est remise aux parents. Les services offerts dans les centres communautaires sont variés, allant de l'aide aux immigrants, aux activités pour les enfants, ou encore au dépannage alimentaire. « On a des partenariats avec tous. [...] Donc c'est diversifié. [...] Parce qu'on veut vraiment qu'ils se trouvent un réseau. Qu'ils puissent trouver des gens qui vont les aider. » (p.7, l. 17) Les organismes externes ont en quelque sorte un rôle de relais au CSSS 4.

Le partenariat joue également un rôle important pour faire connaître les services du CSSS 4. « On a aussi une entente avec le CHUM qui est sur notre territoire qui nous envoie régulièrement des avis de grossesse. Donc quand les mamans vont consulter, ils leur demandent si elles seraient intéressées à ce que le CSSS 4 les appelle pour les informer des services. » (p.2, l. 30) La répondante note cependant que dans la majorité des cas, les personnes appellent d'elles-mêmes grâce au bouche-à-oreille. Des institutions comme le CPE peuvent faire appel aux intervenants du service FEJ pour aider les éducatrices dans les CPE. « La demande vient du CPE, quand il y a un enfant en difficulté. Quand il faut intégrer un enfant qui n'a jamais été en garderie, ben c'est plus l'éducatrice qui va l'habituer. » (p.10, l. 3)

Notons enfin que la notion de collaboration est présente avec les parents eux-mêmes. En effet, la répondante mentionne que « l'intervention [...] est décidée avec la famille, les parents. » (p.12, l. 5) Nous reviendrons plus en détail sur la notion de la participation des parents à la décision d'intervention, mais il nous semblait intéressant de noter la collaboration inclut les parents également. Le parent peut donc faire partie d'un des services impliqués.

4.2.4.2.2 Participation parentale à la décision d'intervention

La participation parentale se fait sur une base volontaire. La répondante mentionne que si le parent n'est pas volontaire, l'intervention ne peut fonctionner : « Parce que tout ce qu'on va faire ou mettre sur pied comme intervention c'est quelque chose qui est décidé avec la famille, les parents. Donc ce ne sont pas des choses qu'on leur impose. » (p.12, l. 5) Il est mentionné en revanche que le suivi, lui, est peut-être plus imposé aux familles vulnérables, dans la mesure où les familles ne vont pas toujours formuler un besoin, donc les intervenants sont toujours présents et disponibles pour elles. « C'est comme si on doit faire partie de leur vie sans pour autant qu'ils aient besoin de nous. Parce qu'au final, oui il y a des besoins et on arrive à les cibler, sauf qu'eux ne nous les formulent pas. Donc parfois ils nous disent, bon, 'pourquoi tu viens encore? Donc c'est vraiment différent parce qu'on ne fonctionne pas avec eux selon un appel de service. » (p.11, l. 31) Notons également le fait qu'il y a très peu de refus pour la première visite à domicile suite à un accouchement. Elle précise également qu'il est rare que les parents ne donnent pas suite après la première visite : « Mais je dirais que la majorité des familles qu'on va voir, on les revoit aux activités ici. Ils viennent vraiment vers le CSSS 4. Donc c'est moins nous qui allons les chercher- je parle de la clientèle régulière. » (p.8, l. 20) Donc la participation parentale est volontaire, et les parents collaborent autant dans leur présence aux activités que dans la décision d'intervention dans le cas d'interventions individuelles. Même pour la clientèle vulnérable qui a souvent plus de mal à nommer des besoins, son implication est essentielle. « Parce qu'il ne s'agit pas seulement de les attirer, sinon au bout d'un moment ça ne marche plus. [...] Donc c'est important aussi de faire des choses, et de décider des interventions avec eux, pour être sûr qu'on rejoint leurs besoins. Parce que si c'est imposé ça ne fonctionne pas. » (p.12, l. 28)

4.2.4.2.3 Statut et formation des intervenants

L'équipe du service FEJ est composée de six infirmières, deux éducatrices, deux travailleuses sociales, une nutritionniste, et un psychologue. Pour certaines activités, des professionnels externes peuvent intervenir, pour donner des conférences ou des formations : « On a eu une massothérapeute, une intervenante de la Ville de Montréal qui est venue expliquer l'importance de la lecture chez les petits, un organisme communautaire présentait ses services, une acupunctrice, euh des marraines d'allaitement qui ont fait un atelier sur le maternage dans le monde. » (p.5, l. 32) Chaque intervenant peut être responsable de programmes spécifiques, ou bien toucher un peu à tout. Pour le programme OLO, c'est une infirmière et une travailleuse sociale qui l'animent. Pour la première visite à domicile post-natale, une infirmière va être en charge. Notons ici que sur les six infirmières, trois d'entre elles sont responsables de la clientèle vulnérable exclusivement. Les ateliers de stimulation sont offerts par les éducatrices. Les travailleuses sociales, elles, sont responsables des dossiers de soutien à l'intégration, par exemple pour des papiers, ou encore elles vont faire attention aux signes de détresse qui peuvent se développer chez les parents : « Ce sont les travailleuses sociales qui regardent s'il y a des signes de dépression. » (p.8, l. 11) Concernant les formations, il en existe des ponctuelles et spécifiques offertes par la santé publique. Il peut s'agir soit de formations sur l'allaitement, ou sur le dépistage post-natal qui vise à évaluer « la santé de la mère, son moral, le milieu aussi. » (p.10, l. 18) Les formations peuvent également porter sur l'attachement mère-enfant, à savoir comment l'évaluer, les activités à faire pour développer le lien : « Est-ce que ce sont les habiletés de la maman, est-ce que c'est plus sur la complicité entre les deux qu'il faut travailler, est-ce que c'est l'habileté du bébé, parce qu'au niveau dextérité il y a un problème, des choses comme ça. » (p.10, l. 28) Notons qu'une formation pour le programme SIPP était offerte auparavant à la santé publique, mais ce n'est plus le cas. Actuellement, un professionnel est formé pour donner la formation, et l'objectif est d'avoir un formateur par CSSS. En attendant, les intervenants qui travaillent sur le programme SIPP se fient au cadre de référence, qui est selon la répondante « plus théorique, mais [...] vraiment bien expliqué. » (p.4, l. 25) Pour les autres activités, la répondante mentionne que « c'est un apprentissage par jumelage, que ce soit les visites à domicile ou pour les activités. » (p.10, l. 21) L'interviewée ajoute que le type de travail implique d'être confronté à de nouvelles situations, donc l'apprentissage se fait sur le terrain. Enfin, il est mentionné que les nouveaux intervenants, ou les stagiaires sont

encouragés à toucher à tout, à travailler avec les différents intervenants pour voir les différents modes de fonctionnement. Le roulement du personnel est dit stable.

4.2.4.2.4 Encadrement et supervision des intervenants

Mis à part l'encadrement au niveau des formations offertes par la santé publique, l'encadrement se fait par jumelage. Il n'y a pas de supervision officielle.

4.2.4.3 *Choix stratégique et procédures*

4.2.4.3.1 Cadre théorique d'intervention

Le cadre de référence est mentionné à plusieurs reprises pour les programmes spécifiques (SIPP, OLO). Il n'est pas vraiment décrit. L'accent est mis sur les objectifs du CSSS, à savoir la prévention et la promotion de la santé, être accessible et informer les gens, et faire connaître ce qui existe au niveau des organismes communautaires.

4.2.4.3.2 Lieu, fréquence et durée

La fréquence et la durée varient selon les besoins. Pour les groupes spécifiques, comme le OLO ou le SIPP, un cadre de référence dicte la durée et la fréquence. Pour le programme OLO, avec la clientèle régulière, les rencontres se font une fois par mois, ce qui est le minimum. Avec les clientèles vulnérables, qui font partie du programme SIPP également, les rencontres se font aux deux semaines. Les activités de groupe sont plus structurées également au niveau de la fréquence et de la durée. La clinique post-natale, dont nous décrirons les modalités plus loin, dure 2 heures, et est offerte une fois par semaine. Une halte-allaitement est disponible, une semaine sur deux. Nous reviendrons également sur la description de cette activité dans la partie « Activités effectuées ». Pour les clientèles vulnérables, qui sont souvent référées par des institutions externes (clinique jeunesse, hôpitaux) le cadre de référence est dit être plus strict encore. Dès la naissance, l'intensité varie comme suit : 0-6 semaines, une visite par semaine ; 6 semaines à un an, deux visites par mois ; et jusqu'à l'âge de 5 ans, les visites doivent se faire une fois par

mois. Il est néanmoins mentionné par la répondante que cet objectif est difficile à respecter jusqu'au bout : « Sauf que dans les dernières années, 3-4-5 ans, c'est plus difficile de les rejoindre parce que les enfants vont à la garderie et souvent les parents travaillent. Et quand elles [les mères] sont jeunes, elles retournent à l'école. » (p.9, l. 16) Le service prévoit d'ailleurs dédier une équipe d'intervenants à la clientèle vulnérable, pour pouvoir entre autres offrir des services le soir et les fins de semaine ce qui n'est pas le cas actuellement.

4.2.4.3.3 Motifs à l'origine de l'intervention et modalités interculturelles

Selon les besoins et la situation de la famille, un suivi plus ou moins structuré va être décidé, conjointement avec la famille et les intervenants du CSSS 4. Si la famille est vulnérable, elle sera proposée de suivre un programme structuré, comme le programme SIPP ou le programme OLO. Si la famille ne semble pas avoir besoin d'aide, la famille pourra demander de l'aide ponctuellement, au besoin. « Si on estime, pour une raison ou pour une autre, que ce soit pour l'allaitement ou pour le soutien aux parents, parce qu'on a des parents qui sont très anxieux, on retournera les voir. » (p.5, l. 18) La répondante affirme que « la majorité du temps, ils appellent parce que leur voisine leur en a parlé, ou quelqu'un de la famille. » (p.2, l. 34) Il existe certains critères de base pour mieux cibler l'intervention. Pour faire partie d'un programme structuré comme le SIPP, les familles doivent répondre à certains critères : « Il faut habiter le quartier, les jeunes de moins de 20 ans, des grossesses à risque, des grossesses rapprochées, tout le volet financier, la sous-scolarité donc le secondaire 5 n'est pas fini. » (p.2, l. 16) Les familles qui répondent à ces critères sont donc encouragées à suivre un programme structuré.

Concernant les modalités interculturelles, il est mentionné par la répondante que le CSSS 4 a à cœur de respecter les coutumes de chacun, donc dans certains cas, les intervenants vont s'adapter. Par exemple, certaines coutumes de pays sont pratiquées ici, ce qui implique que la mère ne peut pas sortir de chez elle pendant quarante jours. Pour les services qui sont habituellement offerts sur place au CSSS 4, les intervenants peuvent se déplacer, pour respecter la coutume. Les interventions étant flexibles en général, elles le sont aussi au niveau des réajustements interculturels. Il y a une volonté de la part du service d'aider les familles à se créer un réseau, d'intégrer tout le monde dans la vie de

quartier. Cependant, cet objectif n'est pas seulement en lien avec la population immigrante, mais bien avec toutes les familles, toutes origines confondues.

4.2.4.3.4 Méthodes pédagogiques

L'intervention se décide suite à une première rencontre, après un accouchement. Celle-ci se fait dans les 24 à 48 heures qui suivent le congé de l'hôpital. C'est une infirmière qui se déplace la première fois. Puis, selon l'évaluation, et les besoins nommés par les parents, un suivi structuré à l'aide d'un programme spécifique ou un suivi plus libre sera décidé. Dépendant des besoins, une travailleuse sociale ou une éducatrice pourra entrer dans le dossier : « La travailleuse sociale, ça peut être pour des papiers, ou pour des signes de dépression. » (p.8, l. 9) Les familles sont toutes encouragées à utiliser les services offerts au CSSS 4. « On essaie aussi de les orienter vers les activités qu'on offre ici au CSSS, pour rencontrer d'autres parents par exemple. » (p.5, l. 20) Les visites à domicile ne sont pas limitées en nombre, c'est le besoin qui prime. « Si on estime que la maman n'est pas apte à se déplacer, ou si elle ne viendrait pas sinon, on va se déplacer. » (p.8, l. 23)

4.2.4.3.5 Partenaires familiaux

La participation du couple est souvent nommée par le service. Les activités sont non seulement offertes pour le père et pour la mère, mais elles sont encouragées : « En tout cas, c'est ce qu'on demande, c'est ce qu'on souhaite. » (p.1, l. 11) Notons que la réalité du travail fait cependant que les pères sont moins disponibles pour les activités qui se donnent pour la plupart pendant la journée.

4.2.4.3.6 Activités effectuées

Programmes structurés en groupe

Le programme OLO a les mêmes critères d'un CLSC à un autre. Le programme est animé par une infirmière et une travailleuse sociale. Les rencontres se font au minimum une fois par mois pour la clientèle régulière, et aux deux semaines pour la clientèle vulnérable, et les thèmes sont déterminés avec le groupe. Les thèmes abordés sont vastes ; ils peuvent être en lien avec l'alimentation, avec l'acceptation des frères et sœurs, ou encore traiter de la relation de couple après l'arrivée de l'enfant. La répondante mentionne cependant que pour l'instant le programme OLO n'est pas offert en groupe, faute de participants. « C'est un peu compliqué de partir un groupe quand on a 6-7 personnes parce qu'en plus tout le monde ne vient pas. » (p.4, l. 14) Actuellement, le programme est donc offert de manière individuelle.

Le CSSS 4 propose également un atelier appelé la clinique post-natale. C'est un lieu de rencontre sans rendez-vous, une fois par semaine. Les parents peuvent venir avec leurs bébés, poser des questions. La répondante ajoute que « c'est aussi un lieu de rencontre, un moment où les mamans peuvent échanger entre elles. » (p.5, l. 27)

La halte-allaitement est un atelier offert une semaine sur deux, dans lequel sont proposés des thèmes d'animation, avec des professionnels de l'extérieur qui viennent présenter de l'information selon leur expertise. D'après la répondante, cet atelier présente un aspect pratique, car les parents peuvent participer activement aux activités : « L'atelier le plus pratique c'est avec la massothérapeute. Parce que là toutes les mamans sont à terre sur les tapis avec les bébés, donc les mamans massent au fur et à mesure. » (p.6, l. 3) Les professionnels viennent de domaines divers : « On a une intervenante de la Ville de Montréal qui est venue expliquer l'importance de la lecture chez les petits, un organisme communautaire qui présentait ses services, des marraines d'allaitement qui ont fait un atelier sur le maternage dans le monde. » (p.5, l. 31) La répondante précise que ces deux derniers ateliers, la clinique post-natale et la halte-allaitement, sont une très bonne occasion pour les rencontres.

Des ateliers de stimulation sont offerts par des éducatrices pour les bébés de 0 à 6 mois. Là encore, divers thèmes sont abordés, tels que la sécurité, la stimulation du bébé,

l'introduction des solides. Les ateliers peuvent être pratiques, dans les lesquels les mamans vont préparer ensemble les purées par exemple.

Interventions libres, en individuel

Les rencontres peuvent se faire au domicile, pour des interventions individuelles ou pour la première rencontre post-natale. Les rencontres au domicile sont d'ailleurs dites être privilégiées, autant que possible : « C'est clair qu'on privilégie les visites à domicile, mais parfois ils ne sortent pas beaucoup de chez eux, donc venir au CSSS ça peut faire une occasion aussi. » (p.3, l. 23) Tous les professionnels de l'équipe sont disponibles pour la clientèle selon ses demandes et ses besoins. Notons que l'intervention encourage les familles à participer aux activités de groupe offertes au CSSS 4 : « Et on essaie aussi de les orienter vers les activités qu'on offre ici au CSSS, pour rencontrer d'autres parents par exemple. » (p.5, l. 20) Un mois après l'accouchement, une relance téléphonique est effectuée, pour évaluer la situation de la famille. La répondante ajoute que « la majorité de familles qu'on va voir, on les revoit aux activités ici. » (p.8, l. 20)

4.2.4.3.7 Évaluation interne ou externe

Il ne semble pas y avoir d'évaluation officielle. Il y a mention cependant du soutien du chef de service dans les initiatives prises par les intervenants, pourvu qu'elles restent en lien avec le mandat du service. Les formations offertes par la santé publique peuvent également être considérées comme une forme d'évaluation, mais en lien avec la formation précisément.

4.2.4.3.8 Relations entre les intervenants et les bénéficiaires

La répondante mentionne que la principale difficulté rencontrée avec les bénéficiaires concerne la clientèle vulnérable, faisant partie du programme SIPP. Celle-ci n'a pas toujours formulé une demande d'aide, mais les intervenants, eux, ont ciblé des besoins. De plus, la santé publique demande que les intervenants soient présents « tout le long de

l'évolution de l'enfant de 0 à 5 ans. » (p.11, l. 29) Les intervenants se rendent donc au domicile, mais les familles, elles, ne saisissent pas toujours pourquoi : « Donc parfois ils nous disent, bon, pourquoi tu viens encore? » (p.11, l. 33) L'interviewée souligne cependant « qu'une des grandes qualités de l'équipe, c'est que toutes les initiatives personnelles sont soutenues par le chef de programme. » (p.12, l. 20) Ainsi, plusieurs activités, telles qu'une fête de Noël organisée pour la clientèle SIPP sont mises en place. « Ça leur permet [les familles] de nous [les intervenants] rencontrer dans un autre cadre, plus informel. » (p.12, l. 17) Notons qu'une bonne relation entre les bénéficiaires et les intervenants fait partie de l'intervention selon la répondante : « Et puis on veut toujours trouver moyen pour ces familles de vivre d'autres choses. On veut aussi qu'ils trouvent du plaisir dans d'autres circonstances. » (p.12, l. 24)

4.2.5 CSSS 5

4.2.5.1 *Présentation*

C'est avec une psychoéducatrice que l'entretien se déroule. Le quartier est décrit comme ayant une clientèle immigrante importante. En effet, 50 % de la clientèle est née à l'extérieur de l'Amérique du Nord (Rapport annuel 2002-2003, CLSC Côtes-des-Neiges). Selon le recensement de Montréal en statistiques (2006) l'arrondissement est l'un des plus variés culturellement parmi les dix-neuf arrondissements de la ville. Près d'une personne sur quatre est unilingue anglophone, et une personne sur trois parle une autre langue que le français ou l'anglais à la maison. L'anglais demeure donc généralement la langue d'usage au quotidien. L'arrondissement du CSSS 5 compte le plus grand nombre de familles avec enfants des dix-neuf arrondissements de la ville. Les couples avec enfants sont de 17655, et les familles monoparentales sont au nombre de 8730. Cet arrondissement est celui qui présente le plus grand nombre de familles monoparentales de nos cinq CSSS.

4.2.5.2 Inscription institutionnelle

4.2.5.2.1 Services impliqués

Les centres communautaires travaillent beaucoup en partenariat avec les CSSS, car la répondante mentionne que les familles trouvent parfois que le CSSS est trop institutionnel. Le CSSS travaille en partenariat avec les Centres jeunesse, les centres de la petite enfance (CPE), les commissions scolaires, les hôpitaux, ainsi que la police. Il est précisé que les rôles de chacun ont été retravaillés, afin d'éviter un dédoublement des services. Le partenariat est dit d'assurer une complémentarité et une continuité des services. Le CSSS 5 offre également des services à l'extérieur. Il propose une équipe pour soutenir les services de garde de plusieurs quartiers environnants. Un agent fait entre trois et cinq visites dans les services de garde pour observer, puis il établit des recommandations.

4.2.5.2.2 Participation parentale à la décision d'intervention

La répondante explique que l'implication parentale est essentielle. Les interventions se basent sur la volonté des familles à partager leurs difficultés, et à se faire offrir de l'aide.

4.2.5.2.3 Statut et formation des intervenants

L'équipe du service FEJ est constituée de psychoéducateurs, d'éducatrices spécialisées, de travailleurs sociaux, et d'infirmières, d'auxiliaires familiales, de travailleurs communautaires.

4.2.5.2.4 Encadrement et supervision des intervenants

Il n'y a pas d'encadrement spécifique.

4.2.5.3 Choix stratégique et procédures

4.2.5.3.1 Cadre théorique d'intervention

La répondante dit travailler en systémique. Elle explique que le cadre de référence est surtout de travailler selon le besoin et le rythme des parents, tout en évitant de créer une relation de dépendance avec les parents, et ainsi développer l'autonomie des parents. Selon le rapport annuel 2002-2003 du CSSS 5,

le CSSS valorise l'humanisation qui repose sur une approche commune de tous les intervenants, sur la globalité et la continuité de l'intervention, sur l'autonomie des personnes, la prévention, le maintien des personnes dans leur milieu naturel ainsi que sur l'innovation. Ainsi, nos intervenants développent une approche qui tient compte de l'ensemble des besoins des personnes.

4.2.5.3.2 Lieu, fréquence et durée

Les suivis individuels se font le plus souvent à domicile. Les intervenants se déplacent une fois par semaine. La durée du suivi peut aller de 3 à 6 mois, et parfois plus, dépendant des situations. La répondante mentionne qu'il y a cependant un délai d'attente de trois à six mois. Concernant les activités de groupe, le centre de stimulation précoce proposé au CSSS 5 dure un an. Les cours post-natals se déroulent sur huit semaines, à raison d'une fois par semaine. Enfin, les groupes dits 'ouverts' n'ont pas de durée précise, c'est en fonction des besoins de la clientèle. Le groupe ouvert est dit être le plus accessible selon la répondante.

4.2.5.3.3 Motifs à l'origine de l'intervention et modalités interculturelles

Le mandat du service décrit par la répondante est d'accompagner, de soutenir, d'informer, d'équiper et de diriger les parents. En fait, de les outiller, et de briser l'isolement de certaines familles. Le plus grand défi selon la répondante est de rejoindre ceux qui ne consultent pas. Le CSSS 5 a une obligation de rejoindre toute la population du quartier, pour les prévenir et les informer des services offerts. Le CSSS 5 se doit également d'adapter ses services. L'intervention peut donc s'effectuer au niveau du soutien pratique, comme de l'aide financière, la recherche d'appartement, ou l'accompagnement à l'épicerie.

Certaines mères (car la majorité de la clientèle concerne les mères) peuvent tout simplement avoir besoin de compagnie. La répondante ajoute que les interventions peuvent varier selon les cas, allant de très légers comme un besoin de compagnie à très lourds comme la violence familiale.

La répondante mentionne que la principale particularité du quartier est de travailler avec les clientèles pluriethniques. Elle explique que ce ne sont pas les mêmes systèmes, les mêmes valeurs, les mêmes langues, et que c'est un défi. La caractéristique ethnique de cet arrondissement a amené le CSSS 5 à proposer des ateliers de cours de langue pour les parents, ce qui est particulier au CSSS 5 par rapport aux CSSS 1, 2, 3 et 4.

4.2.5.3.4 Méthodes pédagogiques

Les activités de groupe sont les plus répandues. En effet, la répondante mentionne que la plupart des parents, principalement des mères, viennent surtout pour socialiser. Étant donnée la clientèle immigrante importante, beaucoup de familles se sentent seules. Le service FEJ propose plusieurs activités de socialisation, à travers des ateliers d'alimentation, des activités sportives pour les parents avec les enfants, des ateliers de lecture ou encore des cours de langue. Au niveau individuel, le soutien à domicile est la méthode privilégiée pour intervenir auprès des familles. Les visites à domicile sont dites par la répondante avoir pour objectif principal d'assurer un suivi éducatif aux enfants en difficulté et un soutien aux parents.

4.2.5.3.5 Partenaires familiaux

Une majorité de mères participent aux activités. La répondante mentionne qu'une des raisons peut être en lien avec la particularité multiculturelle de l'arrondissement, à savoir que ce sont les femmes qui sont plus habituées à éduquer les enfants. Elle ajoute cependant qu'il ne s'agit pas juste de femmes immigrantes qui sont présentes.

4.2.5.3.6 Activités effectuées

Programmes ciblés, en groupe

Des rencontres post-natales ont pour objectif principal de dépister la dépression postnatale et les situations de vulnérabilité. De plus, d'après la répondante, les rencontres favorisent l'entraide parentale et les relations parents-enfants, et permettent de développer un réseau entre les parents.

Un atelier de stimulation précoce s'adresse aux parents d'enfants de 18 mois à 5 ans. Il dure un an, et demande une participation active du parent. L'atelier est basé sur du coaching et du modeling.

Interventions libres, en individuel

Pour les interventions individuelles, deux auxiliaires familiales assistent les parents qui ont besoin d'aide à domicile, surtout au niveau de l'organisation, ou de répit. Les travailleurs sociaux offrent quant à eux du soutien pour des problèmes tels que la violence conjugale, l'immigration, l'isolement, ou encore des problèmes de santé mentale.

4.2.5.3.7 Évaluation interne ou externe

Une évaluation interne est effectuée sur une base statistique, en fonction du nombre de rencontres. Il est cependant mentionné par la répondante que l'évaluation n'est pas représentative de la réalité des interventions et des résultats obtenus avec les familles. En effet, les rencontres de groupe ne comptent que pour une statistique, pourtant plusieurs familles bénéficient d'un soutien. Inversement, le temps passé en individuel avec une famille permet d'aller plus en profondeur au niveau de l'intervention. La répondante note que ce type de nuances n'est pas pris en compte dans l'évaluation.

4.2.5.3.8 Relations entre les intervenants et les bénéficiaires

La répondante mentionne que les relations sont bonnes, mais avec les familles qui viennent de manière volontaire. Elle souligne la difficulté de rentrer en contact avec la clientèle vulnérable. La répondante nomme également qu'une complicité se développe souvent avec les familles, particulièrement avec les mères, car les activités comme l'accompagnement par exemple permettent un échange privilégié. Elle ajoute cependant que l'objectif est de rendre les parents le plus autonome possible.

4.3 Synthèse et analyse des résultats

4.3.1 Inscription institutionnelle

Voici un tableau récapitulatif des résultats pour les cinq CSSS, concernant l'inscription institutionnelle.

4.2 Tableau récapitulatif des données recueillies pour les cinq CSSS concernant l'inscription institutionnelle

	CSSS 1	CSSS 2	CSSS 3	CSSS 4	CSSS 5
Inscription institutionnelle					
<i>Services impliqués</i>	Centres communautaires, Commissions scolaires, Centres hospitaliers, DPJ, Centre jeunesse, <i>Échange moins important aujourd'hui "faute de temps"</i> .	Centres communautaires, CPE, Centre jeunesse, DPJ, Hôpitaux. <i>Collaboration importante.</i>	Réseau communautaire, scolaire, hôpitaux, Centre jeunesse. Extérieur vers CSSS, et inversement. <i>Collaboration importante.</i>	Centres communautaires, CPE, hôpitaux, les parents eux-mêmes. <i>Collaboration importante.</i>	Centres communautaires, CPE, garderies, hôpitaux. <i>Collaboration importante.</i>
<i>Participation parentale à la décision d'intervention</i>	Rôle du parent : nommer le besoin. Pas de décision face à l'intervention.	Plan d'intervention établi conjointement avec intervenants et famille. Participation volontaire, hormis cas de DPJ.	Plan d'intervention mis en place selon besoins nommés par les parents. Participation volontaire des parents. Clientèle vulnérable plus difficile à rejoindre.	Sur une base volontaire. Plan d'intervention décidé conjointement avec la famille et les intervenants. Suivi de familles vulnérables parfois imposé. Parents donnent leur avis autant en individuel qu'en groupe.	Sur une base volontaire. En fonction du besoin et du rythme des parents pour les interventions individuelles. Pour les interventions de groupe, plus dirigé.
<i>Statuts et formations des intervenants</i>	Travailleurs sociaux, psychoéducateurs. Roulement de personnel plutôt stable, mais grand nombre de départs à la retraite d'ici 2-3 ans.	Infirmières, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, auxiliaires familiales et sociales (AFS), un seul intervenant de sexe masculin. Beaucoup de roulement de personnel.	Travailleurs sociaux (majoritaires), psychoéducateurs, infirmières. Roulement assez important (congé parental et épuisement professionnel).	Infirmières, psychoéducatrices, travailleuses sociales, nutritionniste, psychologue. Formations ponctuelles et spécifiques offertes par la santé publique : attachement mère-	Psychoéducateurs, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, infirmières.

				enfant, dépistage post-natal par exemple. Roulement de personnel stable.	
<i>Encadrement et supervision des intervenants</i>	Intervenants formés sur le tas; Pas de démarches officielles de supervision ou de mentorat; Un peu de supervision clinique pour les interventions problématiques.	Équipe solide au niveau clinique, car aidée par une conseillère clinique.	Supervision clinique individuelle et de groupe.	Apprentissage par jumelage. Pas de supervision spécifique.	Pas d'encadrement spécifique.

4.3.1.1 Services impliqués

D'après l'analyse des entretiens des cinq CSSS, nous pouvons voir que le partenariat est important pour chacun d'entre eux. Les organismes se retrouvent, qu'il s'agisse des Centres jeunesse, des organismes communautaires, ou encore des hôpitaux ou des écoles. Notons cependant que les objectifs ainsi que l'utilisation des organismes extérieurs diffèrent. Le partenariat peut avoir un rôle de support et pallier au manque de personnel, comme pour le CSSS 4. Le recours aux organismes extérieurs dans ce CSSS correspond bien à l'idée que se font Fontaine et Pourtois (1998) sur la collaboration, à savoir le partage des tâches et des responsabilités. Le partenariat permet également aux organismes extérieurs de faire appel au soutien du CSSS. Les avantages et les inconvénients de cette démarche sont bien décrits dans le CSSS 3. En effet, comme nous l'avons vu dans la présentation des entretiens, la collaboration permet une meilleure connaissance des services réciproques, mais elle implique également de partager des informations sans la présence du principal intéressé, ici, le parent. Pour les CSSS 2, 3, 4, et 5, la collaboration est un bon soutien. Le CSSS 1 en revanche note moins de partenariat depuis les dernières années, car cela implique du temps qui ne semble pas être disponible pour le partenariat. Nous pourrions voir ici une limite de la collaboration, dans le sens qu'un de ses objectifs, selon Durning (1995), est de trouver une définition conjointe sur les objectifs à atteindre et les moyens pour les mettre en œuvre. Dans le cas du CSSS 1, le partenariat est difficile à réaliser, faute de moyens. Alors que le partenariat devrait soutenir et alléger le travail, nous voyons ici qu'il peut être lourd en organisation, donc en temps.

4.3.1.2 Participation parentale à la décision d'intervention

Le rôle du parent diffère peu d'un CSSS à un autre. Notons que la participation est volontaire, pour tous les CSSS, sauf dans les cas de DPJ, notamment pour le CSSS 2 et le CSSS 4, dans lesquels certains suivis peuvent être imposés pour les clientèles vulnérables. Selon l'analyse des entretiens des cinq CSSS, les plans d'intervention au niveau individuel se font en fonction des besoins nommés par le parent. Les CSSS 2 et 4 précisent que le plan est établi conjointement avec les familles, c'est-à-dire que le besoin est non seulement nommé, mais la manière d'intervenir est aussi discutée, ce qui n'est pas le cas pour tous les CSSS. Ajoutons que pour le CSSS 4, le parent peut influencer sur les

interventions, autant en suivi individuel qu'en groupe. Les cinq CSSS semblent s'accorder sur le fait que la réussite de l'intervention est en grande partie possible lorsque les parents sont volontaires. Ce constat rejoint la notion d'intervention précoce selon White (1986, cité dans Boutin et Durning, 2008) qui est entre autres une action menée en collaboration avec les parents et les intervenants auprès d'enfants d'âge préscolaire. Notons que la notion d'intervention précoce n'est cependant pas mentionnée dans les entretiens des cinq CSSS.

4.3.1.3 Statut et formation des intervenants

Les équipes du service FEJ sont composées d'intervenants de formations similaires dans les cinq CSSS. Travailleurs sociaux, psychoéducateurs, éducateurs spécialisés, infirmiers. Il semble intéressant de noter que le CSSS 2 a un intervenant de sexe masculin, qui est jugé comme un atout pour les familles par la responsable. Le CSSS 4 propose des formations spécifiques et ponctuelles offertes par la santé publique, en lien avec différents thèmes, tels que l'attachement mère-enfant, ou le dépistage post-natal par exemple. Pour tous les CSSS, que ce soit déjà le cas, ou que ce soit à prévoir, le roulement de personnel est important, et il est principalement dû à l'épuisement professionnel, aux congés parentaux et aux départs à la retraite. Plusieurs familles suivies par le service FEJ ont un suivi sur un certain nombre d'années, et le changement d'intervenant peut avoir un impact sur la motivation du parent à poursuivre le suivi. En effet, la notion de confiance revient à plusieurs reprises dans les différents entretiens.

4.3.1.4 Encadrement et supervision des intervenants

Tous les CSSS offrent une supervision clinique dans un support toutefois plus ou moins efficace selon les CSSS. Pour le CSSS 1, la supervision clinique est ponctuelle, en lien avec des cas plus difficiles. La supervision peut être effectuée en groupe ou de manière individuelle. Les répondants interrogés qui nomment avoir un léger support clinique semblent en souffrir. Pourtant, on ne note pas un roulement de personnel moins important dans les CSSS qui offrent plus d'encadrement. Les intervenants font leur apprentissage sur le tas, ou par jumelage. Aucun CSSS ne prévoit une formation spécifique pour l'arrivée des nouveaux intervenants. Peu ou pas d'accent est mis sur la

transmission des savoirs et des pratiques d'une génération à une autre. Pourtant, d'après l'analyse des entretiens, le savoir-faire développé chez les intervenants semble venir de leurs expériences au fil des années, et non des formations spécifiques sur les pratiques professionnelles.

Voyons maintenant le tableau récapitulatif des résultats concernant les choix stratégiques et les procédures.

4.3 Tableau récapitulatif des données recueillies pour les cinq CSSS concernant les choix stratégiques et les procédures

	CSSS 1	CSSS 2	CSSS 3	CSSS 4	CSSS 5
Choix stratégiques et procédures					
<i>Cadre théorique de référence</i>	Flou. Dimension humaniste et systémique. Mandat du service FEJ : offrir du soutien aux familles, prévention, participation volontaire (hormis les cas de DPJ), empowerment.	Systémique. Respect du choix des parents.	Approche familiale, systémique. Intervention qui vise l'autonomie des familles. Prévention (pas toujours au premier plan actuellement) et promotion de la santé globale.	Prévention et promotion de la santé. Être accessible et informer les gens, faire connaître le milieu communautaire. Cadre de référence spécifique pour les programmes structurés.	Appropriation. Outiller les parents, accompagner, soutenir, informer, équiper, diriger.
<i>Lieu, fréquence et durée</i>	Lieu : Domicile ou CSSS; Fréquence : variable, selon le besoin; Durée : ponctuel ou long-terme.	Lieu : Première visite à domicile dès la naissance d'un enfant. Intervention au domicile, au CSSS, dans les centres communautaires. Fréquence : variable, une évaluation est faite aux 4 semaines. Durée : en fonction des besoins. Toutes les interventions sont priorisées en fonction de l'urgence.	Lieu : CSSS, à domicile, école. Fréquence : pas de balises, en fonction du besoin. Durée : aussi en fonction du besoin, le suivi peut durer des années : attention à la dépendance des familles.	Lieu : à domicile, au CSSS. Fréquence : au besoin, sauf pour les programmes structurés. Durée : varie, mais pour certains programmes, les familles devraient être suivies jusqu'aux 5 ans de l'enfant : objectif difficilement réalisable.	Lieu : à domicile, CSSS, centres communautaires.
<i>Motifs à l'origine de l'intervention</i>	Soutien pratique de vie quotidienne, problèmes de développement de l'enfant, parentalité, organisation.	Naissance. Organisation, discipline, modèles parentaux inadéquats, lien d'attachement mère-enfant, négligence	Demandes des familles à l'accueil psychosocial. Troubles de comportement de l'enfant, familles	Naissance. Demande d'aide des familles. Familles vulnérables incitées à suivre les programmes structurés.	Obligation de rejoindre les familles, et défi de rejoindre les familles qui ne viennent pas d'elles-mêmes.

		émotionnelle ou physique, allaitement.	recomposées ou séparées, soutien financier, besoins matériels.		Accompagnement, socialisation, briser l'isolement, immigration.
<i>Modalités interculturelles</i>	Pas pertinent.	Immigration qui est reçue dans le secteur, donc pas de défi particulier.	Clientèle allophone augmente : nouveau défi, car c'est une clientèle plus réticente à demander de l'aide. Objectif : préparer l'enfant à intégrer le réseau scolaire.	Respect des coutumes de chacun. Interventions flexibles, au niveau des réajustements interculturels également.	Immigration importante, donc les services sont adaptés en conséquence. Accent mis sur l'utilisation du réseau, la socialisation, briser l'isolement.
<i>Méthodes pédagogiques</i>	Intervention individuelle et de groupe.	Intervention individuelle et de groupe.	Selon la demande des parents, interventions familiales, individuelles, ou conjugales. En groupe ou en individuel. Les deux parents sont visés pour la participation, sauf pour certains programmes structurés, qui visent les mères.	Majorité d'interventions de groupe, mais il existe des interventions individuelles également. Présentation des services. En fonction des besoins nommés par les parents, ou de l'évaluation effectuée par l'intervenant. Activités encouragées à être suivies par le père également.	Activités de groupe ou individuelles. Base volontaire, mais les familles doivent être mises au courant des services, prévenir, informer. Les services sont adaptés. Majorité de mères.
<i>Activités effectuées</i>	Programmes ciblés : OLO; Rencontres de groupe annulées, car nombre de participants insuffisant; Interventions individuelles, qui touchent à toutes les sphères de la vie familiale.	OLO- SIPP- Activités d'enseignement sur développement de l'enfant, interventions de type modeling, le jeu, la relation mère-enfant, accompagnement, répit.	OLO- SIPP- Programme de prévention de la négligence et stimulation précoce, en partenariat avec le Centre jeunesse anglophone, intervention de groupe dans les écoles pour	OLO-SIPP-Ateliers de stimulation- Halte-allaitement- Clinique post-natale- Interventions individuelles qui touchent à toutes les sphères de la vie familiale, selon la demande la famille.	OLO- Stimulation précoce- groupe fermé, groupe ouvert (variable en fréquence, durée et contenu) suivi à domicile. Selon évaluation et demandes des parents.

			<p>préparer les parents dont les enfants vont entrer en maternelle. Projet de mettre sur pied un groupe pour les parents et enfants qui vivent une séparation. Interventions individuelles, sur les habiletés parentales.</p>		
<i>Évaluation interne-externe</i>	<p>Démarche spontanée de la part des intervenants : ils vont valider auprès des parents la satisfaction. Pas d'évaluation officielle.</p>	<p>Performance des intervenants (évaluation quantitative), mal perçue par les intervenants.</p>	<p>Performance des intervenants. Résultats affichent une performance moindre que la réalité. Évaluation mal perçue par les intervenants.</p>	<p>Pas d'évaluation officielle. Les formations offertes par la santé publique peuvent être considérées comme une forme d'évaluation, mais en lien avec la formation précisément. Soutien du chef de service dans les initiatives des intervenants.</p>	<p>Évaluation quantitative, mais jugée non représentative de la réalité des interventions et des résultats obtenus avec les familles, selon la répondante.</p>
<i>Relations intervenants-bénéficiaires</i>	<p>À la base de la motivation du personnel. Collaboration fonctionne bien. Difficulté avec les familles vulnérables qui sont plus méfiantes.</p> <p>Satisfaction trouvée auprès des familles, malgré un contexte de travail dit morose.</p>	<p>Résistance des familles vulnérables face aux intervenants; Difficulté pour les intervenants de nommer la situation aux familles; Retour des familles très positif</p> <p>Épuisement du personnel important : roulement important, manque de ressources, clientèle vulnérable, fusion.</p>	<p>Difficulté surtout avec les parents qui sont référés, et qui ne comprennent pas toujours pourquoi ils sont là. En lien avec un défi du partenariat</p> <p>Difficulté avec le partenariat, qui cause parfois des problèmes de communication ou de confidentialité. Mais</p>	<p>Décalage entre les besoins ciblés par les intervenants, et ceux ciblés par les familles. Parfois travail à contre-courant. Initiatives personnelles des intervenants encouragées et soutenues par le chef d'équipe. Bonne relation entre les intervenants et bénéficiaires, effort pour proposer des activités hors intervention (ex : fête</p>	<p>Bonne collaboration, dans la mesure où la famille est volontaire. Difficulté à rejoindre les familles vulnérables. Défi de développer une bonne relation tout en favorisant l'autonomie des familles.</p> <p>Équipe occupée, mais le travail est stimulant, car varié.</p>

			mieux que rien.	de Noël) Équipe enthousiaste, car soutenue dans ses initiatives. Difficulté à atteindre les objectifs fixés par la santé publique, car peu réalistes étant donné le contexte.	
--	--	--	-----------------	--	--

4.3.2 Choix stratégiques et procédures

4.3.2.1 *Cadre théorique de référence*

Nous avons vu que les formations des intervenants sont diverses dans chaque CSSS. Le cadre théorique de référence semble cependant commun d'un CSSS à un autre. En effet, la dimension systémique ainsi que la notion d'appropriation sont des modèles auxquels les interviewés ont fait allusion. Pour l'approche systémique, c'est une compréhension globale qui est mise de l'avant, et elle est décrite comme une approche qui englobe la famille au complet, ainsi que son milieu de vie. Cette vision concorde avec l'approche familiale de Myer Katz (cité dans Blanchette, 1999) qui considérait les problèmes des familles comme relevant de l'organisation de la famille et de ses relations avec l'environnement social. Le mandat du CSSS semble faire office de cadre théorique de référence et dirige les actions des intervenants, à savoir offrir du soutien aux familles, les outiller, leur faire connaître le milieu, ainsi qu'axer les interventions sur la prévention et la promotion de la santé globale. Cette dernière directive semble néanmoins la plus difficile à respecter, et ce, pour les cinq CSSS. En effet, le manque de personnel, la surcharge de travail pour les intervenants, et les moyens alloués sont des facteurs qui semblent rendre la prévention très laborieuse à mettre en place. Cet aspect est déploré par les répondants des cinq CSSS. Notons par ailleurs que la définition précise du cadre de référence reste floue, bien que les professionnels semblent s'accorder sur une même approche à avoir avec les familles. On peut y voir une connaissance plus implicite que théorique. Le cadre théorique des cinq CSSS correspond au constat de Boutin et Durning (2008, p.34) qui notent que « la tendance la plus marquante demeure encore celle de la modification du comportement, suivie de près par l'approche systémique ».

4.3.2.2 *Lieu, fréquence et durée*

Les interventions dites libres sont, pour chaque CSSS, établies avec le parent, et se déroulent la plupart du temps au domicile de la famille. Le domicile est le lieu privilégié pour intervenir avec la famille, car il permet de rendre compte de la réalité des familles. Le déplacement à domicile n'est cependant pas toujours possible pour des raisons pratiques dont le manque de temps ou de personnel, mais il est le lieu privilégié. Les activités de groupe se déroulent au CSSS ou dans les organismes partenaires. Concernant

la fréquence et la durée, il n'existe pas de balises précises, pour aucun CSSS. La décision est prise conjointement avec les intervenants et la famille, en fonction du besoin. Les professionnels interviennent en fonction de la priorité des besoins des familles lorsqu'un nombre important de familles est en demande. Leur action est donc assez libre, mais elle est toujours élaborée en fonction du besoin des familles.

4.3.2.3 Motifs à l'origine de l'intervention et modalités interculturelles

Les motifs de l'intervention se retrouvent d'un CSSS à un autre, à quelques différences près. Pour la majorité des cas, ce sont les parents eux-mêmes qui demandent des services, parfois suite à une première introduction des services offerts suivant une naissance par exemple. Les demandes des parents s'accordent avec la mission du service FEJ, comme nous l'avons exposé dans la présentation des résultats. En effet, tous les CSSS rapportent une demande de soutien de la part des parents, qu'il soit au niveau financier ou au niveau de l'organisation familiale et quotidienne. Les CSSS 4 et 5 sont ceux qui apportent majoritairement ce genre de soutien.

D'autres motifs d'intervention sont nommés par les cinq CSSS, à savoir ce qui englobe la parentalité, en lien avec l'attachement, les troubles du comportement, la discipline. Notons que l'évaluation des besoins à ce niveau est souvent faite par les professionnels du CSSS ou des organismes partenaires et moins par les parents eux-mêmes.

L'intervention vise également à briser les barrières de l'isolement, et à aider les familles à se créer un réseau social. Cette caractéristique se retrouve principalement dans les CSSS 4 et 5, qui ne présentent pourtant que peu de points communs au niveau de la clientèle.

Le CSSS 3 travaille avec la problématique des familles séparées et recomposées de manière plus significative, alors que les autres répondants n'y font pas allusion.

Sur les cinq CSSS, surtout 3 d'entre eux essaient d'adapter leurs services en fonction de leur clientèle allophone et immigrante. Il semblerait que cette modalité reste un défi pour les CSSS confrontés. En effet, la clientèle immigrante ne vient pas toujours spontanément, soit parce qu'elle est moins incitée à demander de l'aide externe, soit parce

qu'elle a une représentation négative des services de CSSS. Pour les cinq CSSS, il semble y avoir un problème de représentation du service FEJ particulièrement chez les familles vulnérables, qui associent le service aux services sociaux de type DPJ. Pourtant, chaque CSSS nomme la difficulté de rejoindre les clientèles vulnérables, mais il paraît que l'image du CSSS et du service reste un obstacle pour celles-ci.

4.3.2.4 Méthode pédagogique (et activités effectuées)

Chaque CSSS entre en contact avec les familles dès qu'une naissance est déclarée par l'hôpital. Une évaluation des besoins est alors réalisée au domicile avec la famille. Ce contact systématique correspond à une des missions du CSSS, qui est de rejoindre la population et de permettre une meilleure intégration des services dans un souci de soutenir également les familles et les proches (Ministère de Santé et de Services sociaux du Québec (2009). Sinon, c'est aux parents de venir chercher de l'aide, sauf pour le CSSS 5 qui a l'obligation de mettre toutes les familles au courant des services. Le CSSS 1 en revanche, se fait connaître par le bouche-à-oreille ainsi que par des annonces postées dans le journal de quartier. Notons que le CSSS 2 ne fait pas de publicité de ses services, pour des raisons financières d'une part, et pour éviter d'avoir une demande trop importante par rapport à l'offre possible. Rappelons que les familles qui ne viennent pas chercher d'aide sont le plus souvent les familles vulnérables. Les chances sont donc que ce soient les familles vulnérables qui pâtissent de ce manque de publicité. Nous voyons ici un décalage avec l'objectif fixé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux (2009) pour le CSSS, à savoir « évaluer et diriger les personnes et leurs proches vers les services requis et de prendre en charge, accompagner et soutenir les personnes vulnérables ». Les services sont proposés pour les deux parents (père et mère), mais une majorité de mères bénéficient des services, et ce, pour les cinq CSSS. Certains programmes de formation sont exclusivement adressés à la mère. Il n'y a aucun programme adressé au père spécifiquement.

Concernant les activités effectuées, on note une homogénéité des programmes structurés en groupe tels que le OLO, le SIPP, les groupes pré-natals et post-natals. La standardisation, qui est un des objectifs du projet clinique du CSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004) est donc présente dans le cadre des programmes structurés.

Cependant, certains CSSS ne peuvent plus se permettre de faire des activités de groupe, soit par manque de moyens du CSSS (CSSS 1), soit par manque de clientèle (CSSS 4). Le groupe semble être une approche privilégiée, mais pas toujours simple à mettre sur pied, car c'est une activité qui demande du temps et du personnel. Pourtant, les résultats du groupe sont très encourageants et rejoignent un des mandats principaux du CSSS qui est la promotion et la prévention de la santé globale. Notons également que les cinq CSSS s'accordent pour dénoncer le manque de temps et de personnel, ce qui les empêche de travailler au niveau de la prévention avec les familles. Les cinq CSSS proposent également des activités de type information, avec des thèmes proposés à chaque rencontre.

Les activités individuelles sont discutées avec les parents, en fonction du besoin nommé. Elles peuvent se dérouler au domicile le plus souvent, et les activités touchent aux différentes sphères de la vie familiale.

L'évaluation, quand il y en a une, est surtout basée sur la pratique des intervenants, et moins sur les résultats obtenus avec les familles. L'évaluation est quantitative, et jugée par la plupart des répondants peu réalistes par rapport à la pratique actuellement effectuée. Le type d'évaluation a un impact sur les méthodes que les intervenants vont choisir, comme pour les activités de groupe par exemple. Elles demandent plus de temps, mais elles n'ont pas grand poids au niveau de l'évaluation. Les activités de groupe sont donc parfois annulées pour cette raison.

4.3.2.5 Relations entre les bénéficiaires et les intervenants

La relation entre les intervenants et les bénéficiaires semble paradoxale. Les intervenants oscillent entre la grande richesse au niveau personnel que leur apportent les familles et un certain malaise ressenti. En effet, la générosité et la gratitude témoignées par les familles sont dites être à la base de la motivation du personnel pour le CSSS 1. Les cinq CSSS nomment une bonne collaboration avec les familles, mais tous se rejoignent pour avouer la difficulté de travailler avec des familles vulnérables, soit parce qu'elles ne voient pas de problèmes, soit parce qu'elles ne font pas sentir aux professionnels qu'ils sont les bienvenus. Malgré un des mandats du CSSS qui est de soutenir les personnes

vulnérables (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009), le défi d'aider les familles vulnérables est encore très actuel. Les professionnels sont confrontés à des situations qui peuvent être extrêmes, et ils se sentent impuissants, autant envers les familles (« comment leur dire que c'est si grave ») qu'envers leur propre pratique. Lacroix (1990) recommande d'ailleurs aux intervenants de s'interroger sur leurs propres biais (« comment concilier nos valeurs personnelles et sociales avec celle du client qui pose problème? »; « Comment nommer les difficultés sans blesser la famille? »). Lacroix (1990, cité dans Deslauriers et Hurtubise, 2000) ajoute que ces questionnements permettent également de préserver la perspective de l'appropriation. Notons ici que c'est en lien avec cette problématique que le manque de soutien clinique est ressorti dans les discours.

La collaboration entre les familles et les intervenants est donc bonne, pourvu que les familles soient volontaires. Ce constat rejoint celui de Rondeau et Roy (1990, cités dans Deslauriers et Hurtubise, 2000) que nous avons décrit à la page 22 du deuxième chapitre. L'ouverture de la famille permet une ouverture des intervenants, et inversement.

En résumé, nous voyons que d'un CSSS à un autre, pour des raisons financières, selon les caractéristiques de la population (immigration importante, familles vulnérables nombreuses, milieu aisé), selon la composition des équipes du service FEJ, certaines approches et interventions se retrouvent, et d'autres non.

CHAPITRE V

DISCUSSION

Dans ce dernier chapitre, nous allons d'abord souligner les données les plus significatives concernant la perception des praticiens sur leur pratique et sur celle de leurs collègues. Nous exposerons ensuite un bref rappel des constats sur le contenu des interventions. Enfin, nous conclurons ce chapitre en dressant un portrait de la mentalité qui se dessine dans les CSSS dans le service FEJ.

5.1 Perception des praticiens

5.1.1 Notions théoriques de l'intervention

Dans la partie de l'analyse des entretiens du chapitre 4, nous constatons que le cadre théorique de l'intervention est une philosophie plutôt implicite. En effet, chaque répondant nomme par exemple l'approche systémique, mais aucun n'en propose une définition très précise. Rappelons ici quelques fondements de l'approche systémique. Plusieurs modèles théoriques ont servi de cadre de référence aux premiers thérapeutes ou intervenants familiaux. Dès 1937, Nathan Ackerman insistait sur le fait que la famille doit être vue comme une unité avec des interactions qui influencent le développement et le fonctionnement de ses membres. Gregory Bateson s'intéressait aux façons suivant lesquelles les groupes sociaux utilisent les interactions sociales pour créer la stabilité et le changement dans leurs relations, et transmettre d'une génération à l'autre leurs croyances, leurs normes et leurs tabous (Côté, cité dans Blanchette, 1999). Il concentrait donc son attention sur ce qui se passait entre les individus. Ainsi, la théorie des systèmes dit que la famille est plus que la somme de ses membres, et ce qu'il importe de connaître ce sont les interactions entre les membres, plus que les actions de chacun. L'équipe de Palo Alto, en Californie, croit que les problèmes viennent surtout de façons inefficaces utilisées par les personnes et les familles pour régler une difficulté, et qu'ils sont perpétués par la rigidité du fonctionnement du système (Côté, 1999). Au Québec, Myer Katz de l'École de service social de l'Université McGill développait une approche familiale qui considérait les problèmes des familles comme relevant de l'organisation de la famille et de ses relations

avec l'environnement social, au-delà des caractéristiques des personnes qui composaient la famille. Sa théorie se rapproche du modèle écologique de développement humain développé par Bronfenbrenner (1986). Selon lui, le développement est le résultat des interactions continues entre l'organisme et son environnement. L'organisme et son environnement s'influencent mutuellement, chacun s'adaptant en réponse aux changements de l'autre. Il distingue cinq niveaux systémiques, à savoir l'ontosystème (l'enfant ou l'organisme), le microsystème (milieu de vie), le mésosystème (organisations locales ou régionales), l'exosystème (organisations provinciales) et le macrosystème (politiques nationales). Son modèle propose de prendre en considération l'histoire, le développement et l'influence réciproque des environnements.

Le modèle théorique de référence oriente donc les actions des intervenants auprès des familles, c'est pourquoi il nous semblait important de clarifier le modèle dominant actuellement. On remarque donc qu'un langage commun circule dans les CSSS, mais les définitions diffèrent selon les répondants. Nous pourrions expliquer ce constat par le fait que les directives viennent du haut de la hiérarchie des CSSS; elles sont imposées, mais pas toujours comprises de la même manière par tous les praticiens. Le cadre théorique est vu par les répondants plutôt comme des objectifs fixés par le CSSS, avec une idée plus vague de la ligne de conduite à suivre pour atteindre ces objectifs. Dans le cas de l'intervention auprès des familles, l'idée d'intervenir avec la famille élargie et son milieu environnant répond à la ligne de conduite implicite. Nous voulons souligner ici l'intérêt de faire parler les professionnels de leur pratique, dans laquelle l'approche théorique est sous-entendue. La pratique de nos cinq répondants semble se baser sur une approche globale de la famille, et le réseau externe est utilisé s'il peut être d'une aide supplémentaire, et si les moyens sont disponibles. On retrouve ainsi une certaine mise en pratique du modèle écologique de Bronfenbrenner que nous avons présenté dans le deuxième chapitre. En effet, l'intervention touche à plusieurs sphères de la vie familiale quand c'est possible. Le partenariat joue d'ailleurs un rôle différent selon les CSSS rencontrés. En effet, certains profitent des organismes partenaires pour pallier des manques de moyens dans les CSSS, tandis que d'autres travaillent plus en collaboration pour rejoindre les familles. D'autres encore ne peuvent profiter d'échanges importants, faute de temps et d'argent. Là encore, nous constatons que la notion de partenariat est commune aux cinq CSSS, mais que son utilisation varie, en fonction des moyens et de la philosophie de chaque service.

5.1.2 Sensibilité aux limites des praticiens dans leurs interventions

Les cinq répondants s'accordent sur le fait que l'intervention se déroule bien lorsque le parent est volontaire. La clientèle reste cependant difficile à rejoindre, et quand elle l'est, les praticiens ne sont pas toujours les bienvenus. Les modalités interculturelles sont également un défi puisqu'elles demandent un réajustement au niveau de l'intervention. Nous avons perçu une difficulté commune aux cinq répondants, qui se sentent à la fois seuls et limités dans leur intervention dans ces situations. Nous pouvons nous demander s'il s'agit d'un manque de préparation à la réalité du terrain, étant donné que la majorité des intervenants apprennent sur le tas, ou encore d'un manque de moyens. Nous souhaitons également porter notre attention sur la notion de formation continue, qui n'est offerte que dans un des cinq CSSS étudiés (le CSSS 4). Ce manque affecte non seulement la pratique actuelle des intervenants, mais aussi celle des intervenants à venir. Une formation au CSSS même, après la formation académique pourrait diminuer le décalage entre ce qui est attendu des praticiens, et ce qui est réalisable.

5.2 Rappel des constats sur le contenu des interventions

Nous avons vu que les interventions peuvent varier selon le CSSS. Par ailleurs, contrairement à l'idée que nous nous faisons des interventions en CSSS, les interventions sont relativement libres. En effet, les intervenants adaptent leurs pratiques en fonction de la population, de leur propre formation, et des possibilités au niveau des moyens. Ce constat nous incite à penser qu'une meilleure connaissance des pratiques actuelles des professionnels du service FEJ de chaque CSSS permettrait sans doute de profiter d'un échange riche pour améliorer les interventions au besoin. D'autant plus que certaines caractéristiques familiales sont nouvelles, comme les familles recomposées par exemple, qui sont plus nombreuses, et plus demandées (notamment dans le CSSS 3).

Les interventions sont la plupart du temps décidées conjointement avec les familles, en fonction de leurs demandes et de leurs besoins. Nous pouvons penser que le mode d'intervention varie selon le praticien qui travaille avec la famille, étant donné qu'il n'existe pas, ou peu, de formation spécifique pour les intervenants, selon les dires des praticiens des cinq CSSS. Comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, le projet clinique du CSSS vise l'alignement des pratiques avec des normes et des standards reconnus et

applicables aux contextes locaux (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2004). Il nous semble que des formations spécifiques pour tous les praticiens des CSSS faciliteraient l'alignement des pratiques. De plus, nous souhaitons porter une attention au fait que d'ici quelques années seulement, un grand nombre de praticiens vont partir à la retraite. Selon les données recueillies par les répondants des cinq CSSS, aucune transmission des pratiques n'est prévue pour les nouveaux intervenants à venir. Sachant que l'expérience se fait actuellement sur le tas, il pourrait être intéressant de transmettre l'expertise des plus expérimentés aux nouveaux arrivants.

Même si aucune mention d'intervention précoce n'est faite par les répondants, il semble bien que ce soit une préoccupation pour le service FEJ. En effet, comme nous l'avons illustré dans le chapitre du cadre conceptuel (deuxième chapitre), l'intervention précoce vise notamment à améliorer les habiletés ou les performances dans les domaines où existent des difficultés (White, 1986, cité dans Boutin et Durning, 2008). De plus, l'intervention précoce est une action menée conjointement avec les parents et les intervenants pour prévenir des difficultés. Le service FEJ des cinq CSSS semble répondre à ces critères, et pourtant, aucun des répondants ne mentionne la pratique liée à l'intervention précoce.

5.3 Quelles perspectives se dégagent?

Le point central que nous souhaitons soulever ici concerne le souci d'économie qui semble se retrouver dans les cinq CSSS. La contrainte financière a un impact direct sur les possibilités d'intervention des professionnels auprès des familles, et plus largement, empêche l'atteinte des objectifs attendus par le CSSS. La notion de prévention par exemple, objectif ciblé par le CSSS, semble difficile à atteindre actuellement, faute de moyens, selon les répondants interrogés.

Nous remarquons également que l'organisation et les pratiques du service FEJ varient selon le CSSS. Les interventions sont réalisées en fonction du besoin de l'arrondissement, et plus particulièrement en fonction du besoin des familles. Les professionnels ont une ligne de conduite, à savoir respecter la mission du CSSS. La méthode employée en revanche diffère selon le CSSS, selon les familles, et même selon l'intervenant.

Enfin, il nous semble important de revenir sur le fait que le CSSS puisse être source de méfiance pour certaines familles, particulièrement pour les familles vulnérables. En effet, nous avons vu dans le quatrième chapitre que les familles vulnérables sont les plus difficiles à rejoindre, mais sont aussi celles qui ont le plus besoin de soutien. Cette méfiance entretenue par les familles à l'égard des CSSS participe à leur réticence de profiter des services FEJ. Le service FEJ est peut-être mal perçu par certaines familles, car elles manquent d'informations concrètes sur les objectifs et le déroulement des interventions. Peut-être serait-il pertinent d'améliorer la relation entre le CSSS et la population en démystifiant le travail fait au sein du service FEJ, et ainsi rassurer les familles.

Cette discussion nous amène à souligner que la population montréalaise évolue, que ce soit au niveau de la structure familiale, au niveau des origines des familles, ou encore au niveau social. Les besoins sont donc changeants, et l'intervention auprès des familles doit s'adapter à cette évolution. D'où l'importance de ne pas laisser les intervenants seuls face à ce défi.

CONCLUSION

Avant de présenter les apports et les limites de notre recherche, ainsi que quelques pistes d'amélioration, nous souhaitons faire un bref rappel des étapes de ce mémoire.

Tout au long de ce travail, nous avons tenté de découvrir et de mieux comprendre les pratiques réalisées par les intervenants auprès des parents d'enfants d'âge préscolaire, dans le cadre du service FEJ de cinq CSSS de Montréal. Pour atteindre cet objectif principal, nous avons d'abord exposé dans la problématique le contexte dans lequel s'est inscrit notre sujet. Nous avons également décrit les mutations dans les fonctions familiales, l'intérêt croissant pour l'enfance, et l'impact de celui-ci sur les familles. Nous avons ensuite présenté les enjeux actuels pour les familles, ainsi que notre question de recherche, qui s'énonce comme suit : « Quelles sont les pratiques réalisées auprès des parents d'enfants de 0 à 5 ans dans le contexte des CSSS, dans le service « Famille, Enfance, Jeunesse »? »

Dans un deuxième temps, nous avons dressé un bref portrait de l'historique de l'éducation familiale. Puis, nous avons élaboré le cadre conceptuel de ce travail afin de mieux cerner le sujet et d'en définir les concepts-clés. Ce chapitre nous a permis d'exposer la pertinence sociale de cette recherche.

Pour la dernière étape, étant donné la nature de l'objectif poursuivi, nous avons opté pour une méthode à caractère qualitatif, et avons effectué des entretiens individuels semi-dirigés. Ce choix méthodologique nous a semblé bénéfique, dans la mesure où nous avons pu cerner la position des répondants sur leurs pratiques, tant au niveau des réussites obtenues que des difficultés rencontrées.

Voyons maintenant les apports de cette recherche. Ce mémoire nous a permis d'étudier un aspect particulier de l'éducation parentale encore peu exploré, notamment par le biais des fondements théoriques et du contenu des interventions éducatives. Ce qui nous a donné une idée plus précise de l'ensemble des pratiques, et du point de vue des professionnels.

recueillies portent sur un seul entretien conduit auprès d'un seul intervenant par CSSS. Une recherche approfondie avec d'autres intervenants, voire des séances d'observation des interventions, conduirait sans doute à enrichir nos connaissances sur le sujet traité.

Nous souhaitons revenir sur quelques constats de cette recherche qui nous semblent essentiels. Plusieurs auteurs, dont Dandurand et Saint-Pierre (2000), s'accordent à dire que les coûts de protection sociale sont liés à la prévention, au dépistage et au soutien des familles et des enfants. Pourtant, les données recueillies démontrent que les moyens alloués au service FEJ ne permettent pas, ou très peu, de travailler au niveau de la prévention, mais seulement au niveau de l'intervention. Il conviendrait, nous semble-t-il, de mener des recherches encore plus approfondies sur la notion de prévention, et surtout sur des moyens permettant de mettre la prévention au premier plan. Il serait en outre intéressant de se pencher sur le rôle des CSSS auprès des familles vulnérables et même de rendre l'image de ces institutions plus attrayante pour ces dernières. Enfin, une recherche plus ample avec un plus grand nombre de CSSS étudiés et de répondants interrogés ne pourrait qu'être d'un apport enrichissant pour le domaine de l'éducation parentale.

RÉFÉRENCES

- Ackerman, N. W. (1958). *The psychodynamics of family life diagnosis and treatment of family relationships*. New York Basic Books.
- Aktouf, O. (1998). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations : une introduction à la démarche classique et une critique*. Ste-Foy : Presses de l'université du Québec.
- Blanchard-Laville, C. & Fablet, D. (1996). *L'analyse des pratiques professionnelles*. Paris : L'Harmattan.
- Blanchette, L. (1999). *L'approche systémique en santé mentale*. Presses de l'université de Montréal.
- Boisson, M. & Verjus, A. La parentalité, une action de citoyenneté. CERAT. Dossier d'études No 62, novembre 2004.
- Boutin, G. (2006). *L'entretien de recherche qualitatif*. Ste-Foy : Presses de l'université du Québec.
- Boutin, G. & Daneau, C. (2004). *Réussir. Prévenir contre l'échec scolaire*. Montréal, QC : Éditions Nouvelles.
- Boutin, G. & Durning, P. (2008). *Les interventions auprès des parents : Bilan des pratiques socio-éducatives*. Toulouse, Privat.
- Carra, C. & Faggianelli, D. (2002). École et violences. *Problèmes politiques et sociaux*, 881.
- Coquoz, J. & Knüsel, R. (2004). *L'insaisissable pratique : Travail éducatif auprès de personnes souffrant de handicap*. Lausanne : Les cahiers de l'éesp.
- Dandurand, R. & St-Pierre, M. H. (2000). *Comprendre la famille : Actes du Symposium québécois de recherche sur la famille*. Presses de l'université du Québec.
- Deslauriers, J.-P. & Hurtubise. (2000). *Introduction au travail social*. Presses de l'université Laval.
- Durning, P. (1990). L'Éducation familiale, un objet de recherche à construire. Dans S. Dansereau, B. Terrisse et J.-M. Bouchard (dir), *Éducation familiale et intervention précoce* (197-207). Montréal, QC : Agence d'Arc.
- Durning, P. (1995). *Éducation familiale : Acteurs, processus, enjeux*. Paris, PUF.
- Durning, P. & Pourtois, J.-P. (1994). *Éducation et famille*. Bruxelles : De Boeck.

- Fontaine, A.-M. & Pourtois, J.-P. (1998). *Regards sur l'éducation familiale*. Bruxelles, De Boeck.
- Gayet, D. (2006). *Pédagogie et éducation familiale : Concepts et perspectives en sciences humaines*. Paris, l'Harmattan.
- Hoover-Dempsey, K.V. & Sandler, H.M. (1997). Why do parents become involved in their children's education? *Review of Educational Research*, 67 (1), 3-42.
- Lambert, J.-L. & Lambert-Boite, F. (1993). *Éducation familiale et handicap mental*. Éditions universitaires de Fribourg.
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin, G. (1996). *La recherche qualitative. Fondements et pratiques*. Montréal, QC : Éditions Nouvelles.
- Mayer, R. et Ouelett, F. (1991). *Méthodologie de recherche pour les intervenants sociaux*. Québec : G. Morin Boucherville.
- Ministère de la Famille et des Aînés, Gouvernement du Québec. (2005). *Les familles et les enfants au Québec, principales statistiques*. Ministère de la Famille et des Aînés, Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec. (2004). *Projet clinique, Cadre de référence pour les réseaux locaux de la santé et des services sociaux*. Document principal. Édition La direction des communications du Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Pourtois, J.-P., Desmet, H. & Lahaye, W. (2004). Connaissances et pratiques en éducation familiale et parentale : regards sur les parents d'aujourd'hui. *Enfance, Familles, Générations*, 1
- Quénart, A. Et Hurtubise, R. (1998). Nouvelles familles, nouveau défis pour la sociologie de la famille. *Sociologie et Sociétés*, 30 (1), 133-141.
- Rey-Debove, J. & Rey, A. *Le Nouveau Petit Robert de la langue française : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, nouv. éd. ent. rem. enrich. (1996).
- Stokes, A. (1993). The thinking parent : Understanding and guiding your parent. Dans Miron, J.-M. ?
- Terrisse, B. & Goulet, N. (2002). Être parent, un métier qui s'apprend. *Psychologie Québec, Septembre*, 21-23.
- Tillard, B. (2003). *Groupes de parents : Recherches en éducation familiale et expériences associatives*. Paris, L'Harmattan.
- Vitaro, F et Gagnon, C. (2000). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents : Tome 1 : Les problèmes internalisés*. Presses de l'université du Québec.

Wallerstein, N. et Bernstein, E. (1994). Introduction to community empowerment, participatory education, and health. *Health Education Quarterly*, 21 (2), 141-148.

APPENDICE A

Grille pour l'entretien

Inscription institutionnelle	Choix stratégiques et procédures
Services impliqués	Cadres théoriques de référence
Participation parentale à la décision d'intervention	Lieu, fréquence et durée
Statut et formation des intervenants	Motifs à l'origine de l'intervention et modalités interculturelles
	Méthode pédagogique (méthode, partenaires familiaux, activités effectuées, évaluation interne ou externe)
	Relations entre les bénéficiaires et les intervenants

APPENDICE B

Questionnaire pour l'entretien individuel

- Présentation personnelle
 - Objectif de ma recherche : faire une étude approfondie des programmes de formation parentale.
 - Intérêt de soutenir les familles
-
1. *Services impliqués dans le programme Enfance, Famille, et Jeunesse*
- Comment il est né : historique et raison d'être
 - Mise en place du programme « service d'éducation familiale » : quel soutien, aides gouvernementales, est-ce qu'il a été aisé de le justifier (demandes officielles, besoins évidents...)?
 - Cadre théorique de référence
-
2. *Programme d'éducation*
- Motif à l'origine de l'intervention
 - Déroulement du cours : quelle est l'approche? Le contenu? Le but visé?
 - Lieu, fréquence, et durée du déroulement?
-
3. *Les participants : Participation parentale à la décision d'intervention*
- Qui sont les parents?
 - Est-ce une participation sur base volontaire?
 - Qu'est-ce que le programme leur propose?
 - La participation est-elle régulière? Si oui à quelle fréquence?

4. *Les intervenants : statut et formation- encadrement et supervision des intervenants*

- Qui sont-ils?
- Quelle formation (statut) est requise?
- Suivent-ils une formation spécifique au programme au préalable?
- Quel est le ratio parents-intervenant?
- Travail en équipe ou individuel?
- Relations intervenant-participants ?
- Possibilité de rencontrer un intervenant?
- Travail interculturel? Implique des changements? Si oui, lesquels?

5. *Les partenariats*

- Existe-t-il des collaborations?
- Si oui lesquelles ?

6. *Représentation du travail : réalisme du projet en fonction des possibilités*

- conditions financières
- aménagement des salles
- employés en nombre suffisant, emploi régulier